



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Saúde Materna e Obstetrícia**

# **O Enfermeiro durante o processo de transição para a parentalidade, em pais pela primeira vez**

**Patrícia José Patusco Pinto Lopes Sequeira**

**2011**





## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Saúde Materna e Obstetrícia**

# **O Enfermeiro durante o processo de transição para a parentalidade, em pais pela primeira vez**

**Patrícia José Patusco Pinto Lopes Sequeira**

**Orientador: Sra. Prof. Helena Bértolo**

**2011**



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Helena Bértolo pela sua disponibilidade, paciência e preciosa ajuda na orientação deste trabalho.

À minha família pela compreensão da minha ausência em momentos importantes para todos nós.

Aos meus pais e marido pelo apoio, carinho e incentivo durante os momentos mais difíceis da minha caminhada.

À minha priminha Francisca que não pude acompanhar o seu desenvolvimento no seu primeiro ano de vida.

A todos os casais que me receberam em suas casas de “braços abertos”, e se mostraram disponíveis para partilhar comigo a sua experiência nesta fase complexa que constitui a transição para a parentalidade.

MUITO OBRIGADA!

## RESUMO:

Os enfermeiros ao longo do seu percurso vivenciam inúmeras transições a nível educacional e profissional, como quando passam de alunos para enfermeiros, ou se especializam numa determinada área dos cuidados. Como em qualquer transição, esta implica a aquisição de novos conhecimentos, a redefinição de papéis, e o desenvolvimento de novas habilidades.

Com este relatório de estágio pretendeu-se reflectir sobre as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia desenvolvidas durante o Ensino Clínico. Uma das competências ambicionadas foi a aquisição de conhecimentos na área da transição para a parentalidade. Para tal, recorreu-se à revisão sistemática da literatura e à realização de um estudo empírico.

A revisão sistemática da literatura foi orientada para a questão: *Quais as intervenções de enfermagem valorizadas pelos pais pela primeira vez, durante a sua transição para a parentalidade?*

Como critérios de inclusão foram definidos os estudos de pais pela primeira vez, cuja gravidez, parto e pós-parto tenham decorrido sem complicações. Foram excluídos estudos que incluíssem pais adolescentes, gravidez gemelar, ou recém-nascidos prematuros. Foram obtidos seis estudos.

Na elaboração do estudo exploratório–descritivo de abordagem qualitativa foi utilizado como método de colheita de dados a observação participante, que foi documentada em notas de campo, e posteriormente sujeita à análise de conteúdo. A selecção intencional dos participantes foi constituída por quatro casais, de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão definidos.

**CONCLUSÕES:** Os casais valorizaram a educação realizada pelos enfermeiros, nos cursos de preparação para o parto, no ensino das capacidades interactivas do bebé. No período pós-parto, valorizaram o suporte a nível educativo e informativo, nomeadamente a nível da amamentação e dos cuidados ao recém-nascido. O papel desempenhado pelo enfermeiro na vigilância da saúde do bebé também foi considerado importante.

**Palavras-chave:** Competências, enfermagem, transição para a parentalidade, pais pela primeira vez, pós-parto.

## **ABSTRACT:**

Nurses along their professional path go through several educational and professional transitions as they move from students to nurses, or specialize in a particular area of care. As any transition, this implies the acquisition of new knowledge, role redefinition and developing new skills.

This internship report intends to reflect on the specific skills of the Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetrics developed during the Clinical Teaching. One of the coveted powers was the acquisition of knowledge in the transition to parenthood. To this end, we resorted to the systematic literature review and conducting an empirical study.

The systematic literature review was guided to the question: *What nursing interventions are valued by parents for the first time during their transition to parenthood?*

The chosen criteria includes studies of first-time parents, whose pregnancy, childbirth and postpartum have elapsed without complications. We excluded studies that included teenage parents, twin pregnancy, or premature newborns. Six studies were obtained.

While developing the exploratory and descriptive qualitative approach, the participant observation was used as a method of data collection, which was documented in field notes, and later subjected to content analysis. The deliberate selection of the sample consisted of four couples, according to the inclusion and exclusion criteria defined.

**CONCLUSIONS:** Couples valued education held by nurses, the courses of preparation for childbirth, teaching the interactive capabilities of the baby. In the postpartum period, parents valued support for educational and informational, particularly in relation to breastfeeding and newborn care. The role played by nurses in child health surveillance was also considered important.

**Keywords:** Skills, nursing, transition to parenthood, parents for the first time, postpartum.

## **SIGLAS:**

APEO	Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras
CTG	Cardiotocografia
EC	Ensino Clínico
EESMO	Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
HGO	Hospital Garcia de Orta
HSM	Hospital de Santa Maria
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
OE	Ordem dos Enfermeiros
RN	Recém-nascido
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SUOG	Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	10
1. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA .....	16
2. AS TRANSIÇÕES E A SUA RELAÇÃO COM A ENFERMAGEM, DO CONCEITO À TEORIA - AFAF MELEIS .....	18
3. OS PAIS EM TRANSIÇÃO COM A CHEGADA DO PRIMEIRO FILHO.....	23
4. O CONTRIBUTO DOS ENFERMEIROS DURANTE O PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE .....	30
5. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO FUTURO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DURANTE O SEU PROCESSO DE TRANSIÇÃO SITUACIONAL .....	39
5.1. Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista no decurso do Ensino Clínico.....	41
5.2. Desenvolvimento de competências na área de Investigação. ....	55
5.2.1. Revisão sistemática da literatura .....	56
5.2.2. Estudo empírico.....	70
5.3. Questões éticas no desenvolvimento das competências .....	78
6. CONCLUSÃO E REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS .....	80
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
BIBLIOGRAFIA .....	88

## ANEXOS

Anexo I – Termo de consentimento esclarecido para visita domiciliária de enfermagem.

Anexo II – Avaliação do Ensino Clínico

## APÊNDICES

Apêndice I – Notas de campo.

## **ÍNDICE DE TABELAS:**

Tabela 1 -Estudos constituintes da amostra das bases de dados electrónicas:.....	58
Tabela 2 – Categorização dos dados das Notas de Campo .....	72





## INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, no contexto da Unidade Curricular Estágio com Relatório.

Durante a elaboração do Relatório de Estágio pretende-se reflectir, sobre as competências específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia desenvolvidas durante o Ensino Clínico IV (Bloco de Partos), e o trajecto realizado para a aquisição das mesmas. De acordo com a O.E (2010, p. 4) as competências específicas do Enfermeiro Especialista são definidas como:

“As competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.

Na área da Especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia, a beneficiária dos cuidados de enfermagem, é a mulher ao longo do seu ciclo reprodutivo, nos mais diversos contextos, e cuja abordagem é realizada numa vertente holística, de forma a satisfazer as suas necessidades de cuidados (OE, 2010).

O Ensino Clínico foi realizado no Hospital Garcia de Orta (HGO) e posteriormente no Hospital de Santa Maria (HSM), duas instituições com características distintas e diferentes abordagens no cuidar à mulher/RN/família, proporcionando uma experiência mais diversificada e enriquecedora. A mesma suscitou a necessidade de reflexão sobre algumas práticas de cuidados de enfermagem realizadas durante o trabalho de parto, nomeadamente a nível do controlo da dor, e no estabelecimento da vinculação precoce. O Ensino Clínico decorreu entre o dia 17 de Janeiro e 4 de Março de 2011 no HGO, e entre o dia 7 de Março e o dia 1 de Julho de 2011 no HSM.

De acordo com Benner (2001) a prestação de cuidados de enfermagem em contextos de trabalho é fundamental para a aquisição de novas aprendizagens (através da aprendizagem experimental e através da transmissão de conhecimentos entre pares). De acordo com a mesma autora, o contacto directo entre os enfermeiros e as pessoas alvo dos seus cuidados e seus familiares, permitem o desenvolvimento de uma estrutura ética, moral e de responsabilidade (sendo um dos pilares da nossa profissão).

Esta proximidade promove ainda, o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais por parte dos enfermeiros. É também em contextos de trabalho, que o enfermeiro se depara com as dificuldades reais, e os recursos existentes (nem sempre os ideais), que o obrigam ao desenvolvimento da sua capacidade de improviso e habilidade para responder eficazmente às necessidades da pessoa cuidada (Benner, 2001).

Assim, a realização de Ensinos Clínicos no campo de intervenção dos cuidados na área da Especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia, revela-se um contributo importante para o desenvolvimento de competências específicas dos futuros EESMO. Durante o Ensino Clínico, de acordo com os objectivos gerais de estágio delineados pela ESEL para o mesmo, pretendeu-se desenvolver:

- Competências científicas, técnicas e relacionais que permitirem prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal, de forma a contribuir para a diminuição da morbilidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal tendo em vista a promoção da saúde e bem estar da mulher/RN/família.

- Competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido/família e comunidade, hospitalizado numa Unidade de Neonatologia.

- Competências científicas, técnicas e relacionais adequadas ao desenvolvimento pessoal e profissional como futuro EESMO.

- Competências na área da investigação, identificado uma problemática relevante para a profissão e utilizando métodos científicos para a aquisição de conhecimentos sobre a mesma.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010) as práticas de enfermagem realizadas pelos EESMO, devem ser baseadas em conhecimentos científicos, válidos, actuais e pertinentes, que lhes permitirão o desenvolvimento do julgamento crítico ao mais alto nível, o suporte para as suas tomadas de decisões, e a prestação de cuidados de enfermagem com um elevado grau de qualidade. Estes conhecimentos que guiam a prática profissional resultam da investigação desenvolvida na área de enfermagem.

Da mesma forma, que a investigação influencia a prática, a última também influencia a primeira, sendo a prática considerada um elemento-chave para o desenvolvimento da investigação na área de enfermagem. É através da prática que são identificadas problemáticas e áreas de interesse a serem investigadas através de métodos científicos, que permitem o desenvolvimento do corpo de conhecimentos da profissão. De acordo com Benner (2001, p. 32):

“Certos conhecimentos práticos põem em cheque formulações científicas do tipo “saber”. É igualmente possível desenvolver, para além de tais formulações científicas, um “saber fazer” que possa contrabalançar, desafiar e alargar a teoria em vigor”.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), uma das responsabilidades do Enfermeiro Especialista consiste em identificar lacunas de conhecimento, realizar e participar em estudos de investigação, cujas problemáticas/temáticas que sejam relevantes para a prática da mesma da profissão.

Foi durante a prestação de cuidados de enfermagem a casais que aguardavam a chegada do primeiro filho, ou que tinham tido o primeiro filho recentemente (durante os vários Ensinos Clínicos que tivemos oportunidade de realizar durante o curso), que o interesse pela temática da transição para a parentalidade foi aumentando gradualmente, até ser considerada uma área imprescindível para o meu desenvolvimento enquanto futura enfermeira obstetra, sendo esta problemática o ponto de partida para a investigação desenvolvida.

O nascimento do primeiro filho de um casal é um acontecimento muito importante a nível familiar. Este evento é aguardado na maioria das vezes com muita expectativa, alegria, entusiasmo e emoção. Contudo, esta nova etapa do ciclo familiar é caracterizada por grandes mudanças aos mais diversos níveis, o que implica que o casal tenha que se adaptar à nova realidade, o que poderá desencadear situações de stresse e sentimentos contraditórios.

Os pais têm de integrar na sua nova identidade o papel parental, assumindo novas responsabilidades, desenvolvendo novas competências para cuidarem do RN, redefinindo novos valores e novas prioridades.

A aliança conjugal poderá ser colocada à prova com a chegada do novo ser. O tempo investido habitualmente na relação conjugal, poderá ter de ser conciliado com a satisfação das necessidades do recém-nascido. A aliança conjugal terá de dar lugar à

aliança parental, o que implica a partilha das tarefas domésticas, dos cuidados prestados ao recém-nascido e das decisões familiares (Canavarro, 2001).

A família tende a aproximar-se do casal, apoiando-o nos cuidados prestados ao recém-nascido. Contudo, esta proximidade poderá provocar o agravamento dos conflitos entre gerações (Canavarro, 2001).

Um estudo realizado por Mendes (2007) revela que os pais ao regressarem a casa após o nascimento do filho, são confrontados com diversas dificuldades relacionadas com os cuidados ao RN, que desencadeiam sentimentos de insegurança, ansiedade e angústia. As rotinas são alteradas de forma a integrar as necessidades do RN nas mesmas. Observa-se uma diminuição da realização de actividades lúdicas e do convívio social em detrimento da dedicação exclusiva ao RN. As mães sentem os primeiros dias como uma experiência esgotante, canalizando toda a sua energia nos cuidados ao RN, deixando para segundo plano o seu auto-cuidado.

De acordo com Meleis (2007) a forma como as pessoas se adaptam aos diversos processos de transição que ocorrem ao longo do seu ciclo de vida, como na sua transição para a parentalidade, influenciam o bem-estar familiar e a sua saúde. Assim, de forma a potenciar a saúde das pessoas e a sua percepção de bem-estar durante os seus processos de transição, os enfermeiros devem compreender as experiências vivenciadas pelas mesmas, de forma a anteciparem as suas necessidades e poderem apoiá-las no decurso das mesmas.

Neste relatório de estágio, a temática da transição para a parentalidade foi a base para o desenvolvimento de competências na área da investigação, através da implementação de metodologias que permitiram a aquisição de conhecimentos científicos. O estudo desenvolvido teve subjacente o Método PI[C]OD e foi direccionado para a seguinte questão: *quais as intervenções de enfermagem valorizadas pelos pais pela primeira vez, no seu processo de transição para a parentalidade?*

Com este estudo pretende-se identificar quais as intervenções de enfermagem, reconhecidas pelos pais, que mais contribuíram para o seu processo de transição para a parentalidade. No decurso da investigação também se pretende identificar as principais dificuldades sentidas pelos pais, no período pós-parto, bem como as suas necessidades de apoio, e ainda, as suas fontes de suporte emocional e instrumental.

Para tal, recorreu-se à revisão bibliográfica e sistemática da literatura, e ainda à recolha de informação, através de interacções com as utentes registadas em notas de campo.

A teoria das transições desenvolvida por Afaf Meleis foi escolhida para delinear o quadro conceptual e orientar as intervenções de enfermagem, no decurso da investigação. Esta escolha deve-se ao facto da mesma, se ter interessado sobre questões relacionadas com os processos de transição que ocorrem durante o ciclo de vida das pessoas, a forma como estas as experienciam, e as suas implicações na saúde e da percepção do bem-estar dos indivíduos e das suas famílias.

O presente relatório está dividido em três partes, sendo a primeira constituída pelo enquadramento teórico, cuja elaboração foi direccionada para a compreensão da problemática de investigação, a ser aprofundada no mesmo. Neste capítulo será realizado uma reflexão sobre a relevância desta temática para a profissão de enfermagem, bem como as razões pessoais que me levaram à sua escolha.

A abordagem realizada no enquadramento teórico sobre a transição para a parentalidade, não pretende aprofundar as especificidades características das diferenças de género dos pais, mas sim enquadrá-la como um todo. Esta temática foi interpretada de acordo com uma perspectiva de desenvolvimento e mudança, que reflecte os pressupostos defendidos por Meleis na sua teoria das transições.

Na segunda parte do relatório serão apresentadas as actividades desenvolvidas e as competências adquiridas durante o Ensino Clínico.

A terceira parte do relatório incluiu a conclusão e a reflexão das competências desenvolvidas.

## **I - PARTE**

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

“Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado”.

(Fortin, Vissandjée, Côté, 2009, p.48)

O ser humano ao longo do seu ciclo de vida atravessa várias fases de transição, cujo seu início pode ser precipitado por um determinado acontecimento, como acontece com o nascimento do primeiro filho de um casal. Esta fase de transição pode ser o resultado de uma escolha pessoal, tendo a mesma sido planeada e desejada, ou pelo contrário ser alheio à vontade do mesmo. Independentemente da transição para a parentalidade ter sido desejada ou não, esta desencadeia profundas alterações na vida individual de cada um, com repercussões nos restantes elementos da família.

Durante a transição para a parentalidade o casal tem de ter a capacidade de fundir a sua antiga identidade com a parental, assumir novos papéis e novas funções, reestruturar os seus objectivos, alterar comportamentos e adquirir novas habilidades.

Contudo, na sociedade actual onde as famílias extensas deram lugar a famílias nucleares, observa-se um maior distanciamento das últimas em relação à restante família alargada, promovendo um menor contacto entre gerações. Desta forma, existe menos oportunidades para que os seus membros partilhem conhecimentos e experiências, relativamente ao tipo de cuidados a serem prestados a uma criança, bem como as alterações que a sua chegada desencadeia na vida familiar.

É comum os casais terem uma ideia romântica e deturpada da nova realidade, não estando preparados para enfrentarem os novos problemas e desafios associados à educação de uma criança. Frequentemente acontece os casais cuidarem pela primeira vez de um bebé, apenas quando têm o seu primeiro filho, o que suscita sentimentos de insegurança, medo, angústia, hesitações e stresse. De acordo com Leal (2005, p. 10) “... não são raras as mulheres que esperam que uma qualquer iluminação “instintiva” desça sobre si e esclareça, súbita e magicamente, o que há a fazer com um bebé pequeno que não fala, não diz de si, não se explica nem se faz entender”.



Antigamente, as futuras mães eram acompanhadas por alguém da família durante a gravidez, parto e no pós-parto, ajudando-a a prestarem os cuidados ao bebé “... e estes rituais tinham por objectivo diminuir as angústias, aumentar a auto-estima materna e adquirir um outro estatuto social” (Bayle, 2005, p.328).

Actualmente, os dias de internamento nas maternidades são cada vez mais reduzidos, o que implica que os pais tenham menos tempo para esclarecerem as suas dúvidas e expor os seus receios aos enfermeiros e aos outros profissionais de saúde. Após saírem da maternidade, deparam-se com o pouco apoio familiar característico na nossa cultura ocidental dos dias de hoje (Bayle, 2005) e poucos conhecimentos sobre os cuidados a prestar ao RN. Assim ao chegarem a casa, os progenitores podem sentir-se pela primeira vez sozinhos e isolados, com a total responsabilidade de cuidarem de um bebé (o qual têm dificuldade em compreender), e sem ninguém a quem recorrer para os apoiar, esclarecer, e confirmar que estão a fazer tudo correctamente. É comum surgirem sentimentos de solidão, isolamento, insegurança, pânico, e angústia, principalmente quando não há um sistema de apoio ao casal quando este sai da maternidade (Bayle, 2005).

Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia prestam cuidados de enfermagem à mulher e sua família, nos mais diversos contextos, e em diversas fases do seu ciclo de vida (O.E, 2010). A fase de transição para a parentalidade é uma fase de grande vulnerabilidade e de instabilidade na vida dos casais, cuja forma como estes se adaptam, poderá ter repercussões na saúde e no bem-estar do RN, do casal e da restante família. Faz parte das competências do Enfermeiro Especialista apoiar os casais e suas famílias durante o processo de transição e de adaptação à parentalidade, de forma a potenciar a saúde e o bem-estar de todos os elementos envolvidos na mesma (O.E., 2010).

## **2. AS TRANSIÇÕES E A SUA RELAÇÃO COM A ENFERMAGEM, DO CONCEITO À TEORIA - AFAF MELEIS**

A enfermagem como ciência, disciplina e profissão, tal como a conhecemos na actualidade, é o resultado de um longo processo de transformação e de desenvolvimento, onde o crescimento de um corpo de conhecimentos próprio, resultante do investimento na área da investigação, teve um papel primordial.

De acordo com Tomey e Alligood (2004), o aumento do conhecimento na área de enfermagem, sem o desenvolvimento de teorias que os interligasse, conduziria ao aparecimento de informações isoladas. Meleis (2007) refere-se às teorias de enfermagem, como sendo reservatórios de conhecimentos, onde os mesmos podem ser articulados e organizados em significados.

Assim, o desenvolvimento das teorias em enfermagem traduziu-se num importante marco na história da mesma, em que Tomey e Alligood (2004, p. 5) citando Meleis, referem-se ao mesmo como sendo “ ...um aspecto muito significativo da evolução erudita e a pedra angular da disciplina de enfermagem”.

As teorias de enfermagem proporcionam um fio condutor para a prática profissional, influenciando a tomada de decisões e estimulando o pensamento crítico. As mesmas, também orientam o ensino e a área de investigação, o que promove a autonomia da enfermagem. As teorias permitem ainda clarificar os valores, os pressupostos e os objectivos da profissão (Tomey e Alligood, 2004).

Meleis ao longo da sua carreira desenvolveu um interesse especial pelo estudo e compreensão das teorias de enfermagem, definindo-as como a “ conceptualização de alguns aspectos da realidade de enfermagem transmitidos com o objectivo de descrever os fenómenos, explicar as relações entre os fenómenos, prevendo as consequências, ou prescrevendo o cuidado de enfermagem” (Meleis, 2007, p. 37, tradução nossa) <sup>1</sup>

Meleis e Schumacher (2010), durante as várias pesquisas que realizaram durante o seu estudo, e que englobou a análise e síntese da literatura em enfermagem, constataram que o conceito de transição era uma fonte de interesse a nível clínico,

---

<sup>1</sup> *Nursing theory is defined as a conceptualization of some aspect of nursing reality communicated for the purpose of describing phenomena, explaining relationship between phenomena, predicting consequences, or prescribing nursing care (Meleis, 2007, p. 37).*

teórico e da investigação, defendendo que este deveria ser o conceito central da disciplina de enfermagem. Após definirem propriedades e dimensões para as transições, estes autores, tentaram relacioná-las com outros conceitos relevantes como o de enfermagem, ambiente, cliente e saúde.

Baseada nesta evidência, e após uma longa e profunda reflexão sobre as transições, e após vários anos a escrever sobre elas, Afaf Meleis, desenvolveu uma teoria de médio alcance, a qual designou de Teoria das Transições (Meleis, 2010). Esta teoria aborda uma problemática que é central para a enfermagem, e que consiste na compreensão do desenvolvimento do ser humano face às mudanças previsíveis e imprevisíveis da sua vida, bem como as suas respostas perante estas situações de stresse.

A enfermagem direcciona a sua atenção para a promoção e manutenção da saúde, para a doença e sua recuperação, e ainda, para a experiência subjacente às transições, nomeadamente no que se refere às relações interpessoais, alteração da identidade, mudança de papéis e desenvolvimento de respostas saudáveis às mesmas, englobando-as sempre nos diversos contextos e ambiente circundante.

Durante o seu ciclo de vida as pessoas são confrontadas com diversas situações como o casamento, o nascimento de um filho, a morte de um familiar, mudanças de emprego, o aparecimento de uma doença, entre outras, que desencadeiam várias alterações da vida das mesmas, que implicam uma fase de transição e de ajustamento perante os novos acontecimentos. Assim, esta teoria vê as pessoas como seres bio-psico-sociais em constante mudança e movimento, numa contínua interacção com o ambiente, tendo capacidades para aprenderem a lidar com diversas mudanças (de curta ou longa duração), ao longo do seu ciclo de vida (Meleis, 2007).

De acordo com esta teoria, as transições podem ser definidas como:

“... passagem de uma fase de vida, condição, ou um estado para outro (...) a transição refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interacção entre pessoa-ambiente. Esta pode envolver mais de uma pessoa e está incorporada no contexto da situação” (Meleis, Trangenstein, 2010, p. 67, tradução nossa)<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> *Transitions has been defined as “a passage from one life phase, condition, or status to another ...transitions refers to both the process and outcome of complex person-environment interaction. It may involve more than one person and is embedded in the context and the situation” (Meleis, Trangenstein, 2010, p. 67)*

De acordo com Meleis e Schumacher (2010), existem quatro tipos de transições que poderão ser consideradas relevantes para a profissão de enfermagem, designadamente as transições de desenvolvimento, situacionais, de saúde/doença e organizacionais. As transições de desenvolvimento são fenómenos complexos e dinâmicos que ocorrem em determinadas fases previsíveis do decurso normal do crescimento, como o exemplo da transição para a parentalidade. As transições situacionais, como o nome indica, são desencadeadas por mudanças a nível das mais diversas situações, e caracterizadas pelo aumento ou diminuição das funções pré-existentes dentro do universo das relações, como no caso do nascimento ou morte de um familiar, ou alterações a nível educacional ou profissional. As transições de saúde-doença ocorrem quando surge uma mudança repentina de um estado de saúde para um estado de doença aguda ou crónica. Este acontecimento obriga a uma mudança de papéis por parte do cliente e dos seus familiares. As transições organizacionais são representadas pelas mudanças que ocorrem a nível ambiental, podendo ser precipitadas por alterações a nível social, político, económico, organizacional, entre outras.

Durante a prestação de cuidados, os enfermeiros desenvolvem intervenções que lhes permitem antecipar, avaliar, diagnosticar, lidar ou ajudar os outros a lidarem com as transições acima citadas (Meleis, 2007, 2010). Durante a prestação de cuidados ao cliente e sua família, tendo por base a teoria das transições, o enfermeiro tem em mente que estas são fenómenos complexos que podem ocorrer de forma individual ou em simultâneo, e que algumas poderão estar interligadas ou desencadear o aparecimento de outras.

Apesar de existirem vários tipos de transições, estas apresentam propriedades universais como a consciencialização, envolvimento, mudança, intervalo de tempo e pontos críticos ou eventos. As mesmas são ainda caracterizadas por mudanças a nível da identidade, papéis, relações interpessoais, habilidades e padrões de comportamento a nível individual e familiar (Meleis. Schumacher, 2010).

As transições são marcadas por momentos de incerteza, vulnerabilidade, fragilidade, desequilíbrio, afastamento e ajustamento. As pessoas poderão apresentar dificuldade em assumir novos papéis, em alterar comportamentos, tomar decisões e planejar o futuro. É um processo onde poderá surgir "...debilidade física, diminuição das defesas do sistema imunitário, um período de luto, um período de euforia, uma

emergência da espiritualidade, a descoberta de novos significados de vida, e/ou experiência de síndromes de stresse traumático” (Meleis, 2007, p. 222, tradução nossa)<sup>3</sup>

Apesar de tudo as transições devem ser vistas como algo positivo, porque no seu final, as pessoas podem alcançar uma maior estabilidade relativamente ao seu estado anterior, terem uma oportunidade de crescimento, desenvolvimento, amadurecimento e de *empowerment* (Meleis, 2010).

O estudo e a compreensão das transições desta teoria são muito relevantes para o domínio de enfermagem, dado que os enfermeiros passam a maior parte do seu tempo a cuidar de clientes que experienciam diversos tipos de transições, e cujas respostas às mesmas poderão traduzir-se em comportamentos relacionados com a saúde, como a sensação de bem-estar e a capacidade de cuidar de si. Desta forma, baseados nas transições, Meleis e Trangenstein defenderam que “... o principal objectivo da missão de enfermagem poderá ser ajudar as pessoas a passarem por transições saudáveis e a obterem resultados saudáveis” (2010, p. 5, tradução nossa)<sup>4</sup>, e definiram enfermagem como sendo “... a arte e a ciência de facilitarem a saúde e o bem-estar das populações durante as transições (...) preocupando-se com os processos e as experiências dos seres humanos durante as transições onde a saúde e a percepção de bem-estar são os resultados”<sup>5</sup> (2010, p.5, tradução nossa).

De acordo com Meleis e Schumacher, (2010) existem vários factores que poderão influenciar positivamente ou negativamente o resultado das transições a nível individual, familiar ou das populações, como os significados, expectativas, o grau de conhecimento e habilidade, o ambiente (suporte familiar, social, etc.), o grau de planeamento, e o bem-estar físico e emocional. O conhecimento dos mesmos permite uma maior compreensão das transições, bem como o planeamento de intervenções de enfermagem que ajudem os clientes a reunir condições que lhes permitam a realização de uma transição saudável.

---

<sup>3</sup> “... physical debilitation, a lower immune system, a period of grief, a period of elation, an emergence of spirituality, a discovering of new found meaning, and/or the experience of traumatic stress syndromes” (Meleis, 2007, p. 222).

<sup>4</sup> Together we decided that a primary goal of the nursing mission may be to help people go through healthy transitions to enhance healthy outcomes. (Meleis, Trangenstein, 2010, p. 5).

<sup>5</sup> “... we defined nursing as the art and science of facilitating the transition of populations’ health and well-being (...) being concerned with the processes and the experiences of human beings undergoing transitions where health and perceived well-being is the outcome”

Como indicadores de uma transição saudável foram identificados por Meleis e Schumacher (2010): a existência de mestria, uma sensação de bem-estar subjectivo e bem-estar nas relações. Sendo a mestria considerada como o desempenho especializado de um determinado papel, realizado de forma confortável, de acordo com o que lhe é exigido pela nova situação. Esta engloba vários componentes como competência, conhecimentos, comportamentos, habilidades cognitivas e psicomotoras, tomada de decisão e autoconfiança.

Quando as pessoas não estão preparadas para uma transição ou a transição é realizada de uma forma pouco saudável ou ineficaz, poderá surgir a insuficiência de papel (Role Insufficiency), que é definida como “...qualquer dificuldade no conhecimento e/ou desempenho de um papel ou dos sentimentos e objectivos associados ao comportamento desse papel sendo os mesmos percebidos pelo próprio ou por outras pessoas significativas (Meleis 2010, p.2, tradução nossa)”<sup>6</sup>. Ao percepcionarem a sua incapacidade para desempenharem um determinado papel de acordo com as expectativas, as pessoas podem desenvolver sentimentos de ansiedade, apatia, frustração, tristeza, hostilidade e agressividade, entre outros, dificultando o desenvolvimento de resultados saudáveis.

Uma das terapêuticas de enfermagem, que foi introduzida teoricamente e empiricamente por Meleis, foi a “suplementação de papel” (Role Supplementation) em que o seu objectivo consiste em ajudar as pessoas e seus familiares a compreenderem o seu novo papel, integrarem-no no seu “self” e serem capazes de o desempenhar com mestria. A suplementação de papel poderá ser aplicada numa vertente preventiva, antes do acontecimento ocorrer, ou interventiva durante o decurso da transição. Nesta terapêutica de enfermagem estão incluídas estratégias que visam promover oportunidades de conhecimento e de clarificação de papéis, e ainda de aprendizagem dos mesmos através da interacção com os outros.

---

<sup>6</sup> “...defined role insufficiency as any difficulty in the cognizance and/or performance of a role or of the sentiments and goals associated with the role behavior as perceived by the self or by significant others (Meleis, 2010, p.2).

### **3. OS PAIS EM TRANSIÇÃO COM A CHEGADA DO PRIMEIRO FILHO**

“Elemento revolucionário, este pequeno tirano aparece na família envolto em novos mitos de felicidade (...) Ele é imaginado como reforço da ligação de casal, como elemento de estabilização de ligações, tanto da nova família, como desta com as famílias de origem. Ele é desejado como o ser que traz consigo a felicidade que faltava: é o D. Sebastião da família ...”

(Relvas, Lourenço, 2001, p. 119)

As mudanças ocorridas na nossa sociedade ao longo do tempo têm tido uma grande influência nas alterações ocorridas a nível da estrutura familiar, nas relações conjugais, nos significados e valores atribuídos aos filhos, e ainda, na forma como a parentalidade é vivenciada. As famílias extensas deram lugar a famílias nucleares, o amor passou a ser o alicerce do casamento, e os filhos os frutos desse amor. Os últimos foram ocupando um lugar privilegiado no seio das famílias, sendo alvo de um profundo investimento por parte dos casais, onde o seu bem-estar se tornou prioritário. (Pereira, 2009).

Actualmente a sociedade espera que os pais assumam a total responsabilidade dos cuidados prestados aos filhos, exigindo que estes sejam capazes de dar amor, afecto e carinho, tenham capacidade de educar os filhos, satisfazer as suas necessidades, promover o apoio necessário durante o seu desenvolvimento, e assim assegurar um crescimento saudável e harmonioso. Os fracassos e os sucessos dos filhos são sentidos pelos pais como os seus próprios sucessos e fracassos enquanto pais, educadores, e seres humanos (Relvas, Lourenço, 2001). Assim, a parentalidade pode ser vista como um projecto a longo prazo, envolvendo um plano educacional, dádivas de amor e afecto, e uma série de cuidados indispensáveis para o bem-estar da criança.

De acordo com Bayle a parentalidade pode ser definida como sendo:

“Um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva, permitindo a dois adultos de se tornarem pais, isto é de responder às necessidades físicas, afectivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s), que numa perspectiva antropológica designa os laços de aliança, filiação, etc.” ( 2005, p. 332).

A parentalidade moderna apresenta-se com novos contornos, onde as responsabilidades relativamente aos cuidados aos filhos (que outrora eram exclusivas da mulher), são partilhadas de igual forma por ambos os progenitores (Pereira, 2009), e pela existência de um maior envolvimento do homem no período que a antecede.

De acordo com Canavarro e Pedrosa (2005), o nascimento de um filho, principalmente se for o primeiro, é um acontecimento muito importante na vida de um casal, que desencadeia um processo irreversível, onde as mudanças a nível da identidade, papéis, comportamentos e funções dos pais, têm repercussões em toda a família. Para os autores o nascimento é um momento de transição caracterizado por um desequilíbrio familiar e a necessidade de um período de ajustamento, onde o espaço do bebé vai sendo criado e as relações entre os elementos da família vão sendo reestruturadas.

Meleis (2010) refere-se aos períodos de transição da vida dos indivíduos, como acontece durante a transição para a parentalidade, como momentos de grande instabilidade, desequilíbrio e vulnerabilidade, que requerem a aquisição de novos significados, hábitos, habilidades e comportamentos, e que exigem o desenvolvimento de novas estratégias de *coping* de forma a adaptarem-se à nova realidade.

Como já referimos no capítulo anterior, Meleis (2010) considera a transição para a parentalidade como sendo uma transição de desenvolvimento, e como tal, um fenómeno complexo e dinâmico, que ocorre numa fase previsível do ciclo de vida familiar. Relvas e Lourenço (2001) referem-se a este acontecimento, como sendo uma das fases de desenvolvimento mais importantes no ciclo de vida familiar, caracterizada por mudanças a nível físico (na mulher), psicológico, emocional, familiar e social, chegando a reportar-se ao mesmo como um momento de crise familiar.

Durante esta crise é característico o aparecimento de sentimentos contraditórios, como alegria, felicidade, realização pessoal, ansiedade, alteração de humor, depressão, preocupação, insegurança nas capacidades parentais, isolamento, e baixa auto-estima (Vieira et al, 2008). Meleis e Schumacher (2010) defendem que durante os processos de transição, podem ainda estar presentes sentimentos de stresse, angústia, frustração, apreensão, solidão e conflitos de papéis. Os mesmos autores (2010) referem que algumas pessoas durante a vivência de processos de transição revelaram, medo do fracasso, uma auto-crítica injustificada, sentimentos de opressão, derrota e isolamento.



Esta ampla gama de emoções observadas poderá dificultar os processos de transição e assim a saúde e o bem-estar dos casais, do bebé, e das suas famílias.

Como em qualquer outro período de desenvolvimento familiar, é necessário que ambos os progenitores realizem profundas alterações organizacionais, e resolvam várias tarefas de desenvolvimento específicas, que se iniciam durante a gravidez e que se prolongam durante o pós-parto, promovendo desta forma, a transição para a parentalidade (Canavarro, Pedrosa, 2005).

Canavarro e Pedrosa (2005) ao citarem Belsky (1984) e Cowan e Cowan (1985, 1992, 1995) descreveram várias tarefas desenvolvimentais características da transição para a parentalidade, que serão desenvolvidas em seguida.

Uma das tarefas de desenvolvimento consiste em reavaliar e reestruturar a relação com os pais. Durante a mesma, o casal reflecte e reavalia o seu relacionamento com os seus próprios pais no passado e no presente, identificando experiências positivas ou negativas. O casal irá integrar no seu comportamento como pais, os comportamentos que consideraram importantes e adequados dos seus próprios pais, durante o seu crescimento e desenvolvimento. Pelo contrário, irão assumir comportamentos diferentes daqueles que identificaram como inadequados e disfuncionais (Canavarro, 2001). O casal ao reavaliar o comportamento parental dos próprios pais, poderão desencadear o agravamento de conflitos pré-existentes ou uma oportunidade para os resolver (Canavarro, Pedrosa, 2005).

Canavarro e Pedrosa (2005, p. 241) referem-se ao bebé durante esta tarefa de desenvolvimento, como sendo "... um elemento unificador das gerações, centralizando objectivos comuns e criando oportunidade para estreitar laços". O cuidar de um RN implica novos desafios, onde estão incluídos os inúmeros cuidados a serem prestados aos mesmos, e a capacidade de os conciliar com as diversas tarefas domésticas e outras responsabilidades. Os casais poderão sentir-se pouco preparados para enfrentar estas novas exigências. São normalmente os avós que desempenham um papel importante de suporte nesta fase, proporcionando apoio emocional, instrumental e pedagógico ao casal, ajudando-os a ultrapassar as dificuldades. Contudo, esta proximidade poderá ter aspectos negativos, nomeadamente quando o apoio dado pelos avós é realizado de forma excessiva, o que pode desencadear uma grande dependência do casal pelo mesmo, ou quando este é dado de forma intrusiva,

originando conflitos e mal-estar (Canavarro, Pedrosa, 2005). O casal deverá saber estabelecer limites e negociar com os pais, novas formas de equilíbrio entre o apoio e a autonomia (Canavarro, 2001).

Outra tarefa de desenvolvimento consiste em reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/ companheiro. Com o nascimento do primeiro filho, o cônjuge que era percebido como o parceiro romântico assume uma nova identidade perante o outro, passando a ser também o pai/mãe do filho, e a pessoa com quem irão partilhar as novas responsabilidades (Canavarro, 2001).

O casal é confrontado com a necessidade de reorganizar as suas rotinas de forma a satisfazer as exigências do novo ser, e o tempo que estava destinado aos mesmos, tem que ser partilhado e reorganizado em função do bebé (Pereira, 2009). Os cônjuges poderão apresentar um cansaço extremo resultante das tarefas parentais, encontrando-se menos disponíveis para se dedicarem ao outro e compreenderem as suas necessidades, podendo surgir sentimentos de rejeição e de incompreensão. Todos estes factores constituem um desafio ao relacionamento conjugal e a vida sexual poderá ser afectada (Canavarro, 2001).

O casal deverá reajustar a sua relação a nível afectivo, sexual e organizacional, de forma a equilibrar a relação conjugal com a parental. Este equilíbrio, deverá permitir a divisão dos cuidados e das responsabilidades parentais, a partilha das decisões importantes no seio familiar, e promover o apoio mútuo de ambos os cônjuges (Canavarro, 2001)

Construir a relação com a criança enquanto pessoa separada é outra tarefa de desenvolvimento, que deverá ser superada para que a transição para a parentalidade seja realizada de forma adequada. Esta é iniciada após o parto e é caracterizada pela “... acomodação contínua entre expectativas e realidades” (Colman e Colman 1994 citado por Canavarro, 2001, p.242). O casal deverá conciliar a imagem que foi idealizada do seu bebé, durante a gravidez, com as características reais do mesmo. Canavarro (2001, p. 243) refere que:

“Esta acomodação começa para os pais após o parto, quando se confrontam com o bebé real e o comparam, ainda que implicitamente, com o bebé que fantasiaram. O seu aspecto físico, o seu comportamento de choro, padrões de sono (...) têm de ser aceites e integrados na ideia que vão construindo sobre aquele filho”.

Quando a criança nasce é totalmente dependente dos seus pais, mas à medida que vai crescendo torna-se mais autónoma e começa a querer explorar o mundo que a rodeia. Os pais deverão ter a capacidade de proteger a criança dos perigos em determinadas situações, mas serem suficientemente flexíveis para permitirem a sua autonomia noutras ocasiões. Assim, a criança deverá ser aceite pelos pais enquanto pessoa separada, com as suas características e com necessidades próprias (Canavarro, 2001).

A outra tarefa de desenvolvimento consiste em reavaliar e reestruturar a sua própria identidade. Os pais deverão integrar na sua identidade o significado de serem pais. De acordo com Canavarro, este processo "... implica a redefinição de valores, prioridades e objectivos e a acomodação de papéis e tarefas de forma a adaptar-se a este novo estágio, integrando na sua identidade prévia" (2001, p.243). Meleis (2010) defende, que em períodos de transição, onde as pessoas assumem novos papéis, é necessário que as mesmas alterem as suas relações, expectativas ou habilidades, e ainda, que "...incorporem novos conhecimentos, alterem o seu comportamento, e que assim mudem a definição de si mesmos dentro do seu contexto social" (p.15, tradução nossa)<sup>7</sup>. Quando as pessoas não apresentam flexibilidade para se separarem das antigas identidades e formas de actuação, poderão surgir vários problemas que irão dificultar o processo de transição para a parentalidade (Meleis, 2007). É também nesta fase, que os pais vão avaliar as perdas e os ganhos resultantes desta transição.

Meleis (2010) refere-se aos períodos de transição, como uma oportunidade de crescimento e de desenvolvimento, e que após o seu fim, as pessoas poderão alcançar um maior nível de estabilidade relativamente à fase anterior. Canavarro (2001), apesar de se referir à transição para a parentalidade como um período de crise, caracterizado por grandes mudanças e stresse, não a considera necessariamente como algo negativo. De acordo com a mesma, uma vez que as tarefas de desenvolvimento sejam completadas com sucesso poderão permitir "... o acesso a níveis de funcionamento superiores, no sentido da resolução de anteriores problemas desenvolvimentais, e organização de constelações intrapsíquicas e relacionais mais complexas e gratificantes" (2001, p. 37), e ainda, contribuir para um desenvolvimento harmonioso e saudável do bebé.

---

<sup>7</sup> " Role transitions require the person to incorporate new knowledge, alter his behavior, and thus change his definition of himself in his social context " (Meleis, 2010, p.15).

A transição para a parentalidade também pode ser abordada através de uma perspectiva de mudança e stresse. Esta nova etapa da vida familiar implica grandes mudanças nos padrões de funcionamento habitual, e novos desafios, que deverão ser ultrapassados pelos casais (Canavarro, Pedrosa, 2005). Estes, ao serem confrontados pela primeira vez com novas exigências, para as quais não têm resposta (a nível cognitivo, comportamental e emocional), e cujas habituais estratégias de *coping* parecem frequentemente ineficazes, desenvolvem situações de stresse, e que de acordo com a opinião de Meleis (2007) os torna mais vulneráveis, podendo-se reflectir no seu bem-estar e na sua saúde.

Cada casal reage de forma diferente ao stresse desencadeado pela transição para a parentalidade. Se o casal conseguir desenvolver estratégias de *coping* adequadas, esta fase de instabilidade é limitada. Mesmo assim, “a transição para a parentalidade pode implicar uma sobrecarga sensorial e emocional, e mesmo mães e pais psicologicamente bem adaptados poderão experienciar consideráveis perturbações psicológicas ao longo da gravidez e após o nascimento de um novo bebé” (Figes, 1998, Osfsky, 1985 citado por Leal, 2001, p. 247).

De acordo com Canavarro e Pedrosa (2005), um factor que poderá ajudar os casais a adaptarem-se à nova realidade, e a desenvolverem estratégias de coping para lidarem com as situações de stresse, é o suporte fornecido pela rede social. Este suporte pode ser realizado informalmente, através das pessoas significativas, como o cônjuge, os seus pais, e a restante família alargada e amigos. O apoio emocional fornecido pelos mesmos, e que é definido “... como o amor e a aceitação interpessoal que o indivíduo recebe dos outros, através de verbalizações explícitas, atenção e cuidados ...” (Cutrona e Russel 1990, cit. Canavarro e Pedrosa, 2005, p. 238), parece ter um grande impacto no bem-estar do casal, e na promoção da sua adaptação à parentalidade. O apoio instrumental proporcionado pode assumir várias formas, como de informações, conselhos, ajuda nas tarefas domésticas, apoio nos cuidados ao bebé, entre outros (Canavarro e Pedrosa, 2005).

O apoio do outro cônjuge é uma peça fundamental no período de adaptação. Contudo, alguns pais poderão estar exaustos nos primeiros dias, devido às constantes solicitações do recém-nascido, e poderão experienciar sentimentos como desânimo, irritação, tristeza, insegurança, ansiedade, e fadiga, sendo incapazes de se apoiar mutuamente (Lowermilk, Perry, 2008).

O suporte formal poderá ser fornecido através de apoio instrumental, informativo, emocional e de apreciação, pelos profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde às famílias (Warren, 2005 cit. Soares, 2008) como acontece com os enfermeiros. Este grupo profissional poderá ter um papel muito importante neste tipo de apoio, uma vez, que a sua formação está direccionada para a prestação de cuidados de saúde aos indivíduos e suas famílias, em todas as suas vertentes e nos mais diversos contextos. De acordo com a O.E. (2001, p.8) “... no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e pela experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem”.

A proximidade com as populações e a forma como se relaciona com as mesmas, coloca-os numa posição privilegiada, que lhes permite identificar com maior facilidade as suas necessidades e desenvolver estratégias de apoio direccionadas para as mesmas. O fácil acesso deste grupo profissional às populações permite que estas os procurem em fases de maior vulnerabilidade, na obtenção de ajuda.

## **4. O CONTRIBUTO DOS ENFERMEIROS DURANTE O PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE**

“O enfermeiro desempenha um papel importante no acompanhamento das famílias durante o exercício da parentalidade e, nomeadamente, no desenvolvimento das competências parentais. A posição privilegiada que ocupa nos serviços de saúde (...) permite-lhes identificar as necessidades e preocupações das famílias, prevenir situações de risco (...) e fundamentalmente, promover a saúde dos indivíduos”.

(Soares, 2011)

A família é a unidade básica da nossa sociedade e um elemento chave para o desenvolvimento intelectual, afectivo e social do recém-nascido, uma vez que é o primeiro grupo a que este irá pertencer. Esta tem como função fornecer protecção, satisfazer as necessidades básicas do bebé, proporcionar amor, carinho, afecto, e participar no processo de socialização do mesmo (Bayle, 2005).

É através do estabelecimento de laços afectivos fortes e duradouros entre os seus pais e a restante família, que a criança desenvolve o seu auto-conceito e a sua auto-estima. De acordo com Soares (2011) a forma como a criança se sente amada contribuirá para a construção da imagem que tem de si própria, para os sentimentos que irá nutrir por si mesma, e para a sua capacidade de gostar dos outros. Também influenciará a sua aptidão para comunicar e compreender os sentimentos dos outros, e ainda, a forma como a mesma estabelece as suas relações de amizade. Por isso, os pais assumem um papel primordial na saúde e equilíbrio emocional dos seus filhos”.

As famílias ao longo do seu ciclo de vida passam por vários processos de transição, em que a forma como cada elemento se adapta ao mesmo, poderá influenciar a saúde e o bem-estar dos seus elementos.

Como já foi referido ao longo deste trabalho, esta transição é uma fase crítica do ciclo de vida dos casais e das suas famílias, que exige reequilíbrio e reajustamento, e cujas repercussões poderão observar-se na saúde dos progenitores e consequentemente no desenvolvimento e crescimento saudável e harmonioso do recém-nascido (Leal, 2005).

Para que os resultados da transição sejam favoráveis para todos os elementos da família, é necessário que os progenitores incorporem o papel parental na imagem que fazem de si mesmos, o que implica que estes assumam as responsabilidades inerentes

ao papel de pai e de mãe, desenvolvam comportamentos destinados a facilitar a incorporação do RN na unidade familiar, assumam comportamentos que permitam otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças, e satisfaçam as suas necessidades básicas (Soares, 2011).

Este processo de transição nem sempre ocorre de forma harmoniosa, podendo ser necessário o acompanhamento dos elementos da família ao longo do mesmo, e a implementação de intervenções adequadas à fase da transição em que os mesmos se encontram. Para que tal aconteça, é necessário que este acompanhamento seja realizado por grupos profissionais que se encontrem próximos das famílias, e que tenham competências para tal, como acontece com os enfermeiros.

Na profissão de enfermagem os principais beneficiários dos seus cuidados são os indivíduos e suas famílias, integrados em grupos e na comunidade, ao longo do seu ciclo de vida, durante os seus processos de saúde e doença (REPE, 2005). Esta característica faz com que os enfermeiros se encontrem muito próximo dos indivíduos e das suas famílias, dando-lhes a oportunidade para os acompanhar nas diversas fases de desenvolvimento, características do seu ciclo de vida. Este facto associado ao tempo que permanecem nos serviços, permite-lhes desempenhar um papel de ligação entre as famílias e os restantes profissionais de saúde (Soares, 2011).

Os cuidados de enfermagem, de acordo com REPE (2005), têm como principal objectivo manter, melhorar ou recuperar a saúde dos indivíduos e das suas famílias. Durante as fases de transição como no caso do nascimento do primeiro filho, as famílias sofrem profundas alterações aos mais diversos níveis, tornando-as mais vulneráveis e mais susceptíveis a sofrerem alterações no seu bem-estar e na sua saúde. Os enfermeiros têm o dever de proteger e salvaguardar os grupos mais vulneráveis (REPE, 2005), ajudando neste caso, os casais e as suas famílias a adaptarem-se às novas mudanças ocorridas nas suas vida, a fomentar a sua autonomia, e a alcançarem a saúde e a sensação de bem-estar.

A formação académica e profissional dos enfermeiros exige o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e profissionais, que lhes permitem prestar cuidados ao nível da prevenção primária, secundária e terciária (REPE, 2005). Estas competências poderão ser muito importantes durante os processos de transição, uma vez que permitirão ajudar as famílias a anteciparem e a prepararem-se para os mesmos, diagnosticar problemas e complicações que ocorram no seu decurso, e

acompanharem e ajudarem as famílias a lidarem e adaptarem-se às mudanças ocorridas na sua vida, de forma a atingirem resultados saudáveis.

De acordo com Meleis (2007, 2010) os enfermeiros cuidam diariamente de pessoas, famílias e comunidades que se encontram em processos de transição, onde têm de assumir novos papéis, novas responsabilidades e competências, e em que os mesmos experienciam perda das redes e sistemas de apoio. Os enfermeiros também são confrontados no seu dia-a-dia, com pessoas que sofrem com as consequências resultantes de processos de transição pouco saudáveis.

Meleis e Trangenstein (2007, 2010) chegam mesmo a defender que, a missão de enfermagem e os principais objectivos dos seus cuidados, consistem em acompanhar e ajudar as pessoas durante os processos de transição, de forma a alcançarem resultados saudáveis.

De acordo com a Soares (2011), a transição para a parentalidade é uma temática com bastante relevo para a profissão de enfermagem, dado o impacto que a mesma poderá ter na saúde das crianças, casais e suas famílias, e no futuro das sociedades, sendo considerada uma prioridade nos cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros estabelecem relações com os casais durante o período pré-natal, durante o trabalho de parto e no pós-parto, permitindo-lhes direccionar as intervenções de enfermagem, de acordo com as necessidades que os mesmos demonstram em cada fase da transição, tendo como meta principal a promoção de uma parentalidade saudável.

Leal (2005) defende que a fase pré-natal é um momento muito favorável para a implementação de intervenções, que visam a promoção da saúde a nível físico, mental e social. Esta autora refere-se à gravidez, como sendo um momento propício para o acompanhamento e preparação dos casais para a parentalidade, dado que os mesmos se encontram em “fase de construção” do seu papel parental.

A O.E (2010) também descreve várias intervenções que deverão ser implementadas pelos enfermeiros especialistas na fase pré-natal, com o intuito de potenciar a saúde da mulher inserida na sua família, e na detecção e tratamento precoce de complicações, onde se englobam: o acompanhamento e na vigilância da saúde e do bem-estar materno-fetal, a promoção de estilos de vida saudáveis, a



promoção da saúde mental durante a vivência da gravidez, a preparação para o parto e para uma parentalidade responsável, entre outras.

De acordo com Meleis e Schumacher (2007, 2010) os enfermeiros devem antecipar os períodos de transição, preparando as pessoas para os mesmos, como acontece na preparação dos pais para a parentalidade. Durante este processo, é importante que os enfermeiros consigam compreender a pessoa/casal como um ser bio-psico-social, em constante interação com o meio ambiente, influenciando e sendo influenciado pelo mesmo.

Assim, é necessário que os enfermeiros estejam despertos para alguns factores que poderão influenciar as respostas dos pais à transição, como o significado que a parentalidade tem para os mesmos, quais as repercussões que estes imaginam que a mesma terá nas suas vidas, se foi algo desejado ou planeado, e se as suas expectativas relativamente à parentalidade são realistas (Meleis e Schumacher, 2010). Outros aspectos a serem levados em consideração durante a preparação dos pais para a parentalidade, são o grau de conhecimento e habilidade que os mesmos têm para assumir o papel parental, o tipo de suporte social a que têm acesso, e o seu estado físico e emocional durante o decurso da transição (Meleis e Schumacher 2010).

Uma preparação adequada para a futura transição implica a existência de tempo suficiente, para que as pessoas possam assumir gradualmente as novas responsabilidades e a aquisição de novas competências (Meleis e Schumacher 2010). Uma das formas de facilitar os processos de transição, como acontece durante a preparação para a parentalidade, é através da educação para a saúde dos casais (Meleis e Schumacher, 2010).

Os enfermeiros podem promover a educação para a saúde durante as consultas pré-natal de enfermagem, e durante os cursos de preparação para o parto e para a parentalidade. De forma a potenciar a satisfação dos futuros pais durante a aquisição de conhecimentos e aumentar a sua auto-estima, é relevante uma avaliação prévia das suas necessidades de aprendizagem (Vieira, et al, 2008).

Durante os processos de educação para a saúde, os enfermeiros têm a oportunidade de clarificar os casais e seus familiares sobre o papel parental, explicando-lhes quais são os padrões de comportamento esperados, os sentimentos e

as sensações associados ao mesmo, e ainda, as funções que deverão assumir e as competências a desenvolver (Meleis, 2010).

Para facilitar os processos de aprendizagem dos futuros pais, os enfermeiros podem recorrer a alguns métodos, como a promoção do contacto dos mesmos com pessoas que possam ser relevantes para o seu processo de transição (como outros pais que tenham passado recentemente pela mesma experiência), ou proporcionar-lhes a observação de outros a representarem e/ou a desempenharem o papel parental, para que o possam compreender e imitar (Meleis, 2010). Outro método que poderá facilitar os futuros pais a aprenderem e a incorporarem o seu novo papel, é através do treino das novas competências que lhes irão ser exigidas a nível físico, emocional, cognitivo e social (Meleis, 2007, 2010, Soares, 2008).

Normalmente é durante a gravidez que os pais iniciam o seu investimento afectivo com o seu bebé, mas é sobretudo após o seu nascimento, que o mesmo se vai intensificar e fortalecer. (Figueiredo, 2005). De acordo com a mesma autora, o investimento inicial realizado pelos pais, vai influenciar a qualidade da relação que os mesmos irão estabelecer com o bebé e tipo de cuidados prestados ao mesmo, condicionando desta forma, o seu desenvolvimento e o seu bem-estar (Brazelton e Cramer, 2004, Klaus et al, 2000, cit. Figueiredo, 2005).

Os momentos a seguir ao parto são particularmente favoráveis para o envolvimento emocional do bebé com a mãe, devido às alterações hormonais que ocorrem na mulher, e que a tornam mais sensível e receptiva a estabelecer uma ligação afectiva com o RN. Por sua vez, o RN encontra-se particularmente alerta e disponível para estabelecer vínculo com os seus progenitores (Brazelton, Cramer, 2004).

Os bebés na altura do seu nascimento estão dotados de determinados comportamentos inatos, como o virarem a cabeça em direcção à voz dos pais, olharem e seguirem os seus rostos quando os mesmos se encontram perto, moldarem-se ao corpo da mãe quando estão junto desta, entre outros, que pretendem captar o interesse dos seus progenitores, e fortalecer os laços afectivos com os mesmos (Brazelton, Cramer, 2004).

Desta forma, a presença do pai durante o nascimento e o seu envolvimento nos cuidados prestados ao bebé, também poderá ser importante para promover o contacto

precoce entre ambos e o fortalecimento dos seus vínculos afectivos. Brandão (2009) refere que a participação do pai nesta fase diminui o sentimento de exclusão que alguns pais poderão sentir, favorece o sentimento de cumplicidade entre os progenitores e o seu bebé, e estimula a sua auto-confiança para prestar outros cuidados ao RN.

É após o nascimento, durante o contacto estabelecido com o seu bebé, que os pais iniciam uma tarefa de desenvolvimento muito importante para transição para a parentalidade, que consiste na aceitação e na adaptação dos mesmos, às características físicas e ao temperamento do seu bebé, que normalmente não coincidem com a imagem que foi idealizada durante a gravidez.

Nas primeiras horas após o parto, os enfermeiros podem desempenhar um papel importante, na estimulação precoce dos laços afectivos entre o bebé e os seus pais. Para tal, poderão manter o RN junto aos pais após o seu nascimento, colocarem-no em contacto pele a pele com a mãe (se for esse o seu desejo), promoverem a amamentação na primeira hora de vida, envolverem o pai em todos os cuidados prestados, e ainda, esclarecerem os pais sobre as competências do RN e como poderão interagir com o mesmo.

Muitos pais ao desconhecerem determinadas competências do RN, como a sua capacidade para ver, ouvir e interagir com os que os rodeiam, não adoptam comportamentos que permitem aos bebés demonstrarem essas mesmas capacidades, criando-se assim um ciclo vicioso de ausência de comunicação entre os pais e o bebé. (Santos, 2001).

No período pós-parto, ainda durante o internamento hospitalar, os cuidados de enfermagem focam-se na recuperação física da puérpera e no seu auto-cuidado, na prevenção e identificação precoce de complicações para a saúde da mulher e do RN, na promoção do bem-estar psicológico e emocional do casal, no esclarecimento dos cuidados ao RN, e ainda, na adaptação da família à nova realidade (Rocha, Faria, Felix, 2007).

Meleis (2010) ao citar um estudo realizado por Sawyer (1996), descreve que as mães após o nascimento do bebé estão muito receptivas às intervenções de enfermagem, principalmente nas que se centram na educação para a saúde e no esclarecimento de dúvidas. Estas também esperam que as intervenções de

enfermagem lhes proporcionem apoio, e lhes transmitam uma sensação de segurança durante a sua prestação de cuidados ao RN. Soares (2008) durante o seu estudo afirma que a educação para a saúde dirigida aos pais e aos seus familiares durante esta fase, revela-se facilitadora no desenvolvimento dos seus papéis parentais.

Actualmente o tempo de hospitalização é cada vez menor, o que faz com que os pais tenham menos oportunidades para esclarecerem as suas dúvidas, e interiorizarem todas as informações que são necessárias para desempenharem o seu papel parental. Ao chegarem a casa com o bebé, longe do apoio especializado dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde, deparam-se pela primeira vez com dificuldades para as quais não têm resposta, podendo sentir-se desamparados e desencadear sentimentos de angústia e ansiedade.

Os pais também podem sentir-se inseguros com a qualidade dos cuidados prestados ao bebé pelos próprios, necessitando de um profissional de saúde com quem se sintam confortáveis, e com o qual possam validar as suas capacidades parentais, de forma a aumentarem a sua confiança e a auto-estima (Sawyer 1996 cit. Meleis, 2007).

Os enfermeiros após a alta hospitalar devem manter o acompanhamento dos pais durante o processo de transição para a parentalidade. A O.E (2010) reforça esta ideia, ao afirmar que faz parte das competências dos enfermeiros especialistas no período pós-natal, o cuidado da mulher e da sua família, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Uma forma de realizar este acompanhamento após a alta hospitalar é através de visitas domiciliárias. De acordo com Kordish e Williams (2003), o acompanhamento domiciliário no período pós-parto, permite supervisionar e garantir o bem-estar físico e emocional de todos os membros da família, a identificação precoce de complicações e a resolução das mesmas, o que se traduz na diminuição dos reinternamentos e dos custos adicionais associados aos mesmos. As visitas domiciliárias têm ainda a vantagem de colmatar as necessidades de cuidados e de apoio das famílias, entre a alta hospitalar e as consultas de rotina no pós-parto.

As visitas domiciliárias de enfermagem proporcionam uma grande proximidade com as pessoas cuidadas, permitindo a observação das mesmas no seu contexto familiar, social e cultural. Este aspecto facilita a avaliação da adaptação das famílias à

fase de desenvolvimento em que se encontram, na identificação de complicações associadas à mesma, na apreciação das suas necessidades e dos apoios que mobilizam para enfrentarem as mesmas, e ainda, localizar os recursos disponíveis na comunidade que permitam ajudá-los durante a transição. O ambiente domiciliário é ainda propício para o esclarecimento de dúvidas relativamente ao desempenho do papel parental, e para a promoção da saúde.

Os enfermeiros no pós-parto poderão encaminhar os recentes pais para grupos de apoio, onde os mesmos poderão contactar com pessoas em processos de transição semelhantes aos seus, ou que já os tenham concluído com sucesso. Estes grupos permitem a partilha de experiências durante o processo de adaptando à parentalidade, e a aquisição de novas estratégias de *coping*, que os direcione para transições saudáveis. Estes grupos devem ser supervisionados por pessoas com competências técnicas para tal, como acontece com os enfermeiros (Lowdermilk, Perry, 2008).

Meleis (2007, 2010) defende que os grupos de apoio constituídos por pessoas que estão a vivenciar experiências semelhantes, constituem uma base importante de apoio durante os processos de transição. De acordo com a mesma, a comunicação é a chave do sucesso dos mesmos. As pessoas durante os processos de transição necessitam de comunicar com os seus pares e com pessoas de referência, para que possam desenvolver os novos papéis.

Desta forma, Pode concluir-se que o processo de transição para a parentalidade é um caminho longo e por vezes tortuoso. Os enfermeiros poderão dar um valioso contributo ao acompanharem e apoiarem os pais ao longo do seu percurso, colaborando desta forma para a promoção da saúde das famílias e das gerações futuras.

## **II - PARTE**

### **DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

## **5. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO FUTURO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DURANTE O SEU PROCESSO DE TRANSIÇÃO SITUACIONAL.**

“A competência não é nem o saber isolado, nem somente a acção, é um saber em actos, responsável e organizado em função de uma finalidade”.

(Phaneuf, 2005, p.4)

Os enfermeiros ao longo do seu percurso passam por inúmeras transições educacionais e profissionais, como acontece durante a sua passagem de estudantes de enfermagem para enfermeiros, durante o seu progresso nas práticas profissionais para um nível de competência superior, ou quando investem a nível da sua formação, como ocorre durante a sua especialização numa determinada área ou a aquisição de um novo grau académico. Estas transições englobam-se nas transições situacionais descritas por Meleis (2007, 2010).

As transições situacionais envolvem a definição e redefinição de novos papéis, novas identidades, reestruturação das relações, a aquisição novos conhecimentos, o desenvolvimento de novas habilidades e perícias, e o alcance de novas competências (Meleis, 2007, 2010).

A progressão do enfermeiro de cuidados gerais para enfermeiro especialista, implica a aquisição de competências especializadas num determinado campo de intervenção. Estas competências permitem uma profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença a que está exposta, um amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas, e ainda, a prestação de cuidados de enfermagem com um elevado padrão de qualidade direccionados para as necessidades das pessoas (Leite, 2006).

Phaneuf (2005, p.4) descreve as competências clínicas a nível dos cuidados de enfermagem como sendo:

“O conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e sócio-afectivas da enfermeira, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentais, tanto como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, o que lhe permite exercer a sua função ao nível da excelência”.

Na área da Especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia as competências a serem desenvolvidas, visam beneficiar os cuidados prestados à mulher durante o seu ciclo reprodutivo, sendo a mesma abordada numa vertente holística, onde é considerada como um ser único com características individuais, em inter-relação com conviventes significativos e integrada num determinado meio ambiente (O.E, 2010).

O desenvolvimento destas competências não é algo que se obtenha instantaneamente, mas vai sendo construído ao longo da experiência profissional. Para que tal aconteça, é necessário uma formação sólida de conhecimentos. Nestes estão incluídos os conhecimentos resultantes da investigação científica, os saberes assimilados durante o exercício profissional orientados por regras práticas (tipo saber fazer), e ainda, as experiências acumuladas na área dos cuidados, que promovem a capacidade aguda de percepção e de interpretação das situações (Phaneuf, 2005).

De acordo com Leite (2006) o enfermeiro especialista é um profissional com grandes capacidades de reflexão, e com competências que lhes permitem mobilizar “... todo um manancial de informação científica, técnica, tecnológica e relacional, alicerçada nos saberes providos da experiência em situação ...” (p.4) os quais aplica durante a implementação das intervenções de enfermagem.

O enfermeiro especialista também desenvolve competências na área da investigação, de forma a poder contribuir para o aumento de conhecimentos no seu campo de intervenção, e melhorar a qualidade dos cuidados prestados às populações.

A investigação e a prática clínica encontram-se interligadas e influenciam-se mutuamente. O desenvolvimento de uma destas áreas potencia o progresso da outra. Meleis (2010) refere-se à ciência avançada de enfermagem como sendo a chave da prestação dos cuidados de enfermagem de qualidade, e a prática como um rico recurso para o desenvolvimento da teoria.

De acordo a Ordem dos Enfermeiros (2010) o desenvolvimento de competências na prática clínica, onde se inclui o aperfeiçoamento do julgamento crítico, da tomada de decisão, e da implementação de intervenções de enfermagem, deverão ser baseadas em conhecimentos científicos válidos, pertinente e actuais resultantes da investigação.

Benner (2001) referiu que a aquisição de competências durante a prática profissional, baseadas em conhecimentos científicos (conhecimentos tipo saber), torna a sua aprendizagem mais rápida e segura.



Por sua vez, certos conhecimentos práticos (conhecimentos tipo saber fazer) colocam em cheque determinadas formulações científicas (conhecimentos tipo saber), permitindo a actualização e o alargamento das teorias em vigor (Benner, 2001).

A prática profissional também permite a identificação das áreas de interesse para a enfermagem que deverão ser investigadas e as lacunas de conhecimentos que deverão ser colmatadas.

### **5.1. Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista no decurso do Ensino Clínico**

“A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria”.  
(Benner, 2001, p. 61)

De acordo com Benner (2001) os contextos de trabalho promovem o desenvolvimento de competências práticas durante a formação dos enfermeiros. A prestação de cuidados de enfermagem em contextos de trabalho permite a aquisição de novas aprendizagens, através da vivência de experiências enriquecedoras, e do contacto com situações clínicas únicas (que diferem dos casos *standard* descritas nos livros).

Benner (2001) refere que o contacto directo entre os enfermeiros e as pessoas alvo dos seus cuidados proporciona o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais. Estas são elementos fundamentais para o estabelecimento da relação terapêutica com as pessoas cuidadas e com os seus familiares. A proximidade dos enfermeiros com as pessoas alvo dos seus cuidados, também permite o desenvolvimento de uma estrutura ética, moral e de responsabilidade (sendo um dos pilares da nossa profissão).

É também em contextos de trabalho que os enfermeiros se deparam com a realidade, enfrentando diversas dificuldades e recursos limitados (nem sempre os ideais), obrigando-os ao desenvolvimento da sua capacidade de improviso e habilidade para responder eficazmente às necessidades da pessoa cuidada (Benner, 2001).

De acordo com Meleis (2010), é importante a existência de um orientador ou mentor que apoie os enfermeiros durante as transições profissionais. Os orientadores experientes têm como função servirem de guia e de modelos durante a transição situacional dos seus aprendizes, suavizando-a, e ainda, facilitando a incorporação do seu novo papel.

Assim a realização deste Ensino Clínico num dos campos de intervenção dos cuidados do enfermeiro obstetra, supervisionado por um enfermeiro experiente na área, permitiu o desenvolvimento de várias competências, algumas das quais serão descritas em seguida:

***1ª Competência: Proporcionou cuidados de enfermagem especializados à mulher/família que recorreu ao Serviço de Urgência Ginecológica e Obstetrícia do HSM***

O contexto de trabalho do Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG) do Hospital de Santa Maria proporcionou uma experiência enriquecedora, devido à diversidade das situações que levam as utentes a recorrer aos seus serviços.

É comum surgirem situações não urgentes, como o exemplo de mulheres que pretendem a confirmação da gravidez, esclarecimento de dúvidas sobre os métodos contraceptivos, encaminhamento para as consultas de IVG, tratamento de infeções urinárias, infeções vaginais, entre outras. Algumas das utentes justificam recorrer ao SUOG por ser um local onde facilmente podem ter acesso aos cuidados de saúde, o que reflecte a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde primários e consequentemente sobrecarga para as urgências hospitalares.

Também é comum as utentes dirigirem-se a este serviço por apresentarem agravamento de patologias do foro ginecológico pré-existentes, como neoplasias do útero, prolapsos uro-genitais, endometriose, entre outras. Por vezes, recorrem a este local mulheres vítimas de abusos sexuais e de violência doméstica (algumas das quais grávidas), o que implica procedimentos de actuação específicos, estando os mesmos protocolados pelo serviço. Como o HSM têm uma Unidade de Reprodução Humana, também são atendidas utentes com complicações resultantes dos tratamentos de infertilidade.

Este serviço também está direccionado para assistir grávidas com complicações da gravidez, onde a saúde e o bem-estar materno-fetal podem estar comprometidos.

Muitas vezes, os diagnósticos de situações de pré-eclampsia, colestase gravídica, gravidez ectópica, ameaça de parto pré-termo, aborto em evolução, hemorragias do terceiro trimestre, prolapso do cordão, entre outros, são realizados apenas neste serviço. Algumas destas constituem situações de emergência ou urgência.

A diversidade destas situações implica que os enfermeiros, que trabalham no local, tenham que desenvolver competências em diversas áreas, para que possam prestar cuidados de enfermagem especializados e com um elevado grau de qualidade. O desempenho de funções inerentes ao Enfermeiro Especialista no local obrigou à aquisição de novas competências, e à evolução de outras já desenvolvidas como Enfermeira Generalista na área da Obstetrícia.

De acordo com o despacho n.º 18 459/2006 do Ministério da Saúde, todos os Serviços de Urgência devem implementar um sistema de triagem de prioridades. No HSM, a triagem é realizada através do programa informático ALERT e baseada no Sistema de Triagem de Manchester. Neste local, os Enfermeiros Especialistas são os responsáveis por este procedimento. Os enfermeiros são os profissionais de saúde indicados para realizarem as triagens, uma vez, que utilizam uma linguagem clínica dirigida aos sintomas e não aos diagnósticos (Cabral *et al* citado por Gomes 2008).

Durante a realização das triagens no SUOG foi necessário o desenvolvimento de competências pré-existent relativamente à observação, capacidade de escuta, recolha de dados relevantes (através da anamnese e consulta do Boletim de Saúde da grávida), mobilização de conhecimentos, avaliação do grau de urgência, estabelecimento de prioridades, e ainda, na tomada de decisão e de actuação.

Durante a prestação de cuidados, os enfermeiros que trabalham nos Serviços de Urgência, deparam-se com situações dramáticas e causadoras de grande sofrimento e stresse para as mulheres e seus familiares, como o exemplo da ameaça de partos pré-termo, abortos em evolução, morte fetal in útero, a presença de hemorragias, etc. Perante estas situações, o enfermeiro deverá estar dotado de competências humanas e relacionais necessárias para estabelecer uma relação terapêutica com as pessoas alvo dos seus cuidados. Este profissional deverá mostrar-se disponível para apoiar as utentes e seus familiares, esclarecer dúvidas e facultar informações sobre a evolução da situação.

Por vezes, no SUOG, os utentes e os seus familiares demonstram o seu descontentamento relativamente ao atendimento, expressando-o verbalmente e tomando atitudes agressivas. Na sua origem poderá estar a ansiedade e o stresse desencadeados pela complexidade de algumas situações clínicas, a elevada afluência de pessoas ao serviço em determinadas ocasiões, e o tempo de espera nas situações tríadas como não urgentes. Perante estas situações de descontentamento, foi necessário aprofundar competências na gestão e resolução de conflitos, fazendo uso de técnicas de comunicação, recorrendo à escuta activa, mostrando disponibilidade para apoiar o outro, e ainda, estabelecendo uma relação de empatia.

Muitas das grávidas vêm ao SUOG para a avaliação do bem-estar materno-fetal e confirmação do início do trabalho de parto. No desempenho das funções inerentes ao Enfermeiro Especialista neste local, foi possível o desenvolvimento de competências iniciadas noutros campos de estágio, como no caso da avaliação do bem-estar materno-fetal e na identificação de complicações. Para tal foram desempenhadas actividades como o exame físico da grávida, colheita de dados, cálculo da idade gestacional e da data provável do parto (dado que alguma das mulheres que procuram a urgência não vigiaram a gravidez), realização das Manobras de Leopold, auscultação dos batimentos cardíacos fetais através do Doppler, avaliação da frequência dos movimentos fetais sentidos pela grávida e a interpretação de CTG. Sempre que foi necessário, procedeu-se ao fornecimento de informações e realização de educação para a saúde.

A passagem pelo SUOG também permitiu o início do desenvolvimento de outras competências como a avaliação da cervicometria, detecção do início do trabalho de parto e avaliação da integridade das membranas.

É a partir do Serviço de Urgência que as mulheres e suas famílias são encaminhadas para os serviços de internamento, nomeadamente para o Serviço de Ginecologia, Serviço de Internamento de Obstetrícia, Bloco de Partos e Internamento de Puérperas. É da responsabilidade do Enfermeiro Especialista acolher a mulher/casal/família, e tornar a sua experiência o mais positiva possível, atendendo às suas necessidades e diminuindo os seus desconfortos, receios e dúvidas. Um acolhimento adequado é a chave para o sucesso da interacção com a mulher/parturiente e sua família.

Tendo em conta esta actividade, foram fornecidas informações às mulheres/grávidas/puérperas e seus familiares, sobre o funcionamento e os procedimentos comuns no SUOG. As utentes que foram internadas no Bloco de partos foram-lhes explicadas as normas de funcionamento do mesmo, e entregue os folhetos informativos sobre as regras de acompanhamento.

Durante o Ensino Clínico, foi realizada uma acção de formação pelos enfermeiros do serviço, sobre a temática “Realização de triagem pelos enfermeiros do Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia” tendo estado presente na mesma.

***2ª Competência: Desenvolveu actividades inerentes ao Enfermeiro Especialista na prestação de cuidados à parturiente, RN e família durante os quatro estádios do trabalho de parto***

Lowdermilk e Perry (2008) definem o trabalho de parto como um processo cuja finalidade consiste em expulsar para o exterior o feto, as membranas e a placenta, através do canal de parto. Este pode ser dividido em quatro estádios, que implicam cuidados de enfermagem específicos em cada um deles.

O primeiro estágio do trabalho de parto inicia-se com o aparecimento das contracções uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo. É normalmente nesta fase que as mulheres são admitidas no Bloco de Partos (excepto nas situações em que é necessário fazer uma vigilância constante durante a gravidez, devido ao surgimento de complicações graves, ou nos casos em que as mulheres tiveram um parto no domicílio).

O acolhimento da grávida e dos seus familiares no Bloco de Partos, inicia-se com a apresentação do serviço e a explicação das normas de funcionamento do mesmo. Nesta primeira fase, os enfermeiros têm a pretensão de conhecer melhor a grávida e os seus familiares. Para tal, apresentam-se, recolhem dados sobre a condição de saúde da grávida e do feto, e sobre a história pessoal, podendo dar-se assim o início do estabelecimento de uma relação. De acordo com Lowdermilk e Perry (2008, p. 415) “a forma como o enfermeiro comunica com a mulher durante este primeiro contacto, pode determinar a vivência de uma experiência de nascimento positiva”.

No decurso do Ensino Clínico, durante a prestação de cuidados às parturientes e seus familiares, no primeiro estágio do trabalho de parto foram desenvolvidas

competências na aquisição de autonomia na elaboração do plano de cuidados, na condução do trabalho de parto, na avaliação da sua progressão e no despiste de complicações. Também foram desenvolvidas competências na tomada de decisões e na implementação de intervenções adequadas, caso as complicações se verificassem.

Durante a elaboração do plano de cuidados, houve a preocupação de envolver as grávidas e os seus acompanhantes no mesmo, considerando-os como parceiros. De acordo com Lowdermilk e Perry (2008) o envolvimento da grávida e dos seus familiares ajuda a preservar a sua sensação de controlo, reforça a sua auto-estima, permite a sua participação no nascimento e aumenta o seu nível de satisfação.

Durante este estágio observa-se a presença de contractilidade uterina regular, a dilatação do colo e a descida da apresentação do feto. Durante a vigilância da progressão do trabalho de parto, foram adquiridas competências na avaliação da cervicometria, acompanhamento da progressão da apresentação do feto pelos planos de Hodge, e na avaliação da variedade fetal. (tendo a avaliação da última constituído um desafio para a aluna).

A avaliação do bem-estar fetal durante o trabalho de parto foi realizada através do uso da cardiotocografia, permitindo a avaliação da frequência cardíaca fetal e da actividade uterina. Esta foi realizada de forma contínua, de acordo com o protocolo dos locais onde se realizou os Ensinos Clínicos. A realização da monitorização externa e a interpretação do CTG não se revelou uma dificuldade, dado a aluna exercer funções num Bloco de Partos.

Foi necessário a aprendizagem da técnica da amniotomia e a colocação da monitorização interna da frequência cardíaca fetal, uma vez, que este procedimento é inerente às competências exclusivas da Enfermeira Especialista.

Os dados relativos à progressão do trabalho de parto, à condição materna e fetal foram registados no partograma, de forma a facilitar a identificação de alterações no bem-estar materno-fetal e os desvios do trabalho de parto normal.

Durante o acompanhamento do trabalho de parto foram validados os conhecimentos da parturiente e seus familiares sobre o trabalho de parto, foi realizado o esclarecimento das suas dúvidas, e a informação fornecida foi actualizada de acordo com a evolução da situação clínica. Estas intervenções tiveram como objectivo reduzir a ansiedade das parturientes relacionada com o desconhecido.

Durante o trabalho de parto também se proporcionou apoio emocional à grávida e seu companheiro, através da assistência presencial, da promoção da auto-confiança, do reforço positivo e através da transmissão de tranquilidade.

O segundo estágio do trabalho de parto consiste no período de tempo que decorre entre a dilatação completa e o nascimento. Durante este estágio, além das intervenções de enfermagem implementadas anteriormente, é necessário orientar o casal para o período expulsivo. Durante este estágio, a parturiente e o seu companheiro foram elucidados relativamente ao posicionamento a adoptar durante o período expulsivo (em ambos os Ensinos Clínicos as posições adoptadas foram sempre a de litotomia), a melhor forma de realizar os esforços expulsivos, e a forma como o acompanhante poderia apoiar a parturiente durante este processo.

Houve a preocupação de conhecer as expectativas do casal relativamente ao parto, e foi debatida a viabilidade da realização de alguns dos desejos expressados, como o exemplo da realização do corte do cordão umbilical pelo pai do bebé.

Durante este estágio foram desenvolvidas competências na avaliação e na realização de técnicas que permitem assistir a um parto eutócico, nomeadamente na apreciação da elasticidade do períneo, na avaliação da necessidade de realização da episiotomia, no controlo da descida da cabeça fetal durante o nascimento, na protecção da musculatura perineal durante o parto, e ainda, na palpação da região cervical do feto após a saída da cabeça, de forma a observar-se a existência de circulares do cordão umbilical. Também foi colocado em prática, algumas vezes, o bloqueio dos nervos pudendos (quando as parturientes não tinham sido submetidas a analgesia epidural. A realização da episiotomia médio-lateral direita foi realizada de forma selectiva, apenas nas situações em que a sua realização foi considerada vantajosa para a parturiente e feto (como o exemplo de situações em que foi necessário abreviar o período expulsivo).

O terceiro estágio do trabalho de parto inicia-se após o nascimento e termina com a expulsão da placenta. De acordo com Lowdermilk e Perry (2008) o principal objectivo dos cuidados neste estágio consiste em promover o descolamento rápido e a expulsão da placenta, de forma eficaz e segura.

Durante este estágio foram adquiridas competências na laqueação e corte do cordão umbilical após a expulsão do feto, na identificação dos sinais de descolamento

da placenta, na realização de tracção controlada do cordão após os sinais de descolamento da placenta. Após a saída da placenta e das membranas verificou-se a sua integridade, de forma a garantir que nenhum fragmento tenha ficado retido dentro do útero.

Após a saída da placenta, existe um risco acrescido de hemorragia, tendo sido realizado nesta fase, a verificação do globo de segurança de Pinard, a avaliação das perdas hemáticas vaginais e vigilância de sinais de hipotensão materna.

Neste estágio realiza-se a visualização do canal de parto para se identificar a presença de lacerações e observar a episiotomia. Foram desenvolvidas competências na realização da episiorrafia e na sutura das lacerações.

O quarto estágio consiste no período de recuperação imediata, onde a homeostase é restabelecida. É um período muito importante de observação, de forma a serem identificadas complicações como atonias uterinas.

As utentes realizam o puerpério imediato no recobro do Bloco de Partos, onde permanecem em vigilância. Nesta altura, foi privilegiado o apoio emocional do casal e a ajuda durante a amamentação. Nesta fase, também se iniciou alguns ensinamentos relativamente ao RN e à recuperação materna.

### ***3ª Competência: aprofundou e implementou intervenções na área da vinculação da mãe/pai/RN/ pessoas significativas***

O estabelecimento da vinculação entre o recém-nascido e os seus progenitores é um procedimento importante na promoção da transição para a parentalidade. De acordo com Lowdermilk e Perry a vinculação pode ser designada como “um processo através do qual os pais constroem, ao longo do tempo, uma relação emocional com o seu bebé” (2008, p. 521). Esta implica uma adaptação mútua entre o recém-nascido e os seus progenitores, que se realiza de forma gradual, através dos intercâmbios realizados entre eles. De acordo com Kennell e Mcgrath (2005), a vinculação poderá influenciar a qualidade dos cuidados maternos prestados, e consequentemente o desenvolvimento e o bem-estar do recém-nascido.

Como já foi referido em capítulos anteriores, os momentos a seguir ao parto são particularmente favoráveis para o estabelecimento da vinculação entre o RN e os seus



pais. Este fenómeno deve-se às alterações hormonais maternas no momento, factores psicológicos e comportamentos inatos do RN (Figueiredo, 2003).

Durante o Ensino Clínico, a promoção da vinculação entre o RN e os seus pais no pós-parto imediato, foi um aspecto muito valorizado nos cuidados de enfermagem prestados. Assim, sempre que a situação o permitiu, foram implementadas intervenções que visaram o fortalecimento das ligações afectivas. Dentro destas, salientam-se a colocação do RN em contacto pele-a-pele com a mãe após o parto, a promoção da amamentação na primeira hora de vida, a permanência do RN junto dos pais, e ainda, a possibilidade de um dos progenitores cortar o cordão umbilical. O pai foi incentivado a permanecer junto da sua família e a participar nos cuidados prestados.

Antes de serem implementadas algumas destas intervenções, como o contacto pele-a-pele ou a oferta de uma tesoura, para que um dos progenitores pudesse cortar o cordão umbilical, os casais foram questionados sobre a sua receptividade às mesmas.

Alguns dos pais manifestaram interesse em cortar o cordão umbilical do RN durante o parto, mostrando-se emocionados ao realizá-lo. Contrariamente, outros pais preferiram não fazê-lo. Segundo Brandão (2009), o corte do cordão umbilical realizado pelo pai durante o parto, parece beneficiar o envolvimento emocional entre este e o RN. Este proporciona um momento de cumplicidade e intimidade entre a tríade mãe-pai-RN. De acordo com a mesma autora, o pai ao realizar o corte do cordão umbilical sente-se envolvido no parto, desempenhando um papel activo no mesmo, o que aumenta a sua confiança para participar noutros cuidados prestados ao RN.

A maior parte das mães mostraram interesse em realizar o contacto pele-a-pele com o RN logo após o nascimento, enquanto lhe eram prestados outros cuidados, como a execução da episiorrafia. O contacto pele-a-pele consiste em colocar o RN logo após o nascimento, nu e em decúbito ventral, em contacto com a pele da mãe, ao nível do tórax ou do abdómen. O recém-nascido é coberto com uma manta previamente aquecida e um gorro, de forma a manter a temperatura corporal.

Este procedimento foi muito valorizado pelos casais, porque o RN não foi afastado imediatamente dos pais e colocado no berçário, possibilitando assim a oportunidade de ambos observarem as características do RN, como a cor do cabelo, o formato dos olhos, as parecenças físicas, etc. A permanência do RN junto dos pais,

também permitiu o estabelecimento do contacto físico e emocional da família nuclear, e a partilha de sentimentos e emoções entre os cônjuges.

A APEO (2009) descreve as vantagens para a mãe e para o RN resultantes do contacto pele-a-pele entre ambos. Este procedimento estimula a produção de ocitocina materna, que promove sentimentos de tranquilidade e bem-estar. Esta hormona, por sua vez, estimula a drenagem de colostro importante para a primeira mamada e para o início da involução uterina. O RN ao estar perto da mama da mãe vai procurá-la naturalmente, e iniciar a primeira mamada. Este processo vai promover a diminuição da dor na puérpera e no seu bebé. A ocitocina também aumenta a temperatura corporal da mãe, proporcionando o calor adequado para o bebé, enquanto este permanecer junto dela. O RN ao reconhecer a voz e o cheiro da mãe tem tendência a ficar mais tranquilo (Kennell e McGrath, 2005, Figueiredo, 2003).

Durante o Ensino Clínico também se promoveu a amamentação, favorecendo o contacto pele a pele o que levou os bebés a mamarem na primeira hora de vida (sempre que a situação clínica o permitiu), e proporcionado às mães o apoio necessário durante este processo.

A amamentação na primeira hora de vida promove o sucesso da mesma, incentivando a mãe a continuar a amamentar o recém-nascido no pós-parto. O contacto físico e visual que se estabelece durante a amamentação, também promove a vinculação. De acordo com Bowlby (1990, p. 290), a mãe ao "...colocar o seu recém-nascido numa orientação face a face com ela, dá-lhe a oportunidade de olhá-la (...) um recém-nascido que esteja inteiramente desperto e que tenha os olhos aberto fixará frequentemente o rosto da mãe".

O primeiro contacto do recém-nascido com os seus progenitores é um momento muito importante para estes. Os cuidados prestados pelos enfermeiros à tríade mãe-pai-RN após o parto, deverão promover o estabelecimento da vinculação entre ambos, e tornar aquele momento inesquecível. Alguns dos enfermeiros não estão sensibilizados para as vantagens da promoção da vinculação entre o RN e os progenitores, dando prioridade nos seus cuidados às actividades estipuladas como "imediatas" (avaliação do peso, administração da Vit.K, entre outros.). Estes cuidados poderiam ser realizados na mesma sala em que decorre o parto, ou executados numa

fase posterior, evitando que o recém-nascido fosse afastado dos pais logo após o nascimento.

***4ª Competência: Aprofundou conhecimentos na área no controlo da dor durante o trabalho de parto, implementou medidas de controlo não farmacológico e cooperou com outros profissionais no controlo farmacológico da dor.***

A dor é um fenómeno complexo e desagradável, estando na sua origem componentes sensoriais e emocionais. Esta encontra-se presente durante o trabalho de parto, e muitas grávidas preocupam-se como irão experienciar a mesma (Lowdermilk, Perry, 2008). A forma como cada grávida irá vivenciar a dor e o desconforto durante o trabalho de parto depende de inúmeros factores, como a sua cultura, crenças, experiências anteriores, a sua preparação para o nascimento, elementos ambientais e o grau de ansiedade no momento, entre outros. Alguns destes factores são passíveis de serem alterados e controlados, no período pré-natal e durante o trabalho de parto pelos enfermeiros, permitindo desta forma, a diminuição da percepção da dor pelas grávidas (Lowdermilk, Perry, 2008).

O grau de ansiedade das grávidas pode ser reduzido através do estabelecimento de uma relação terapêutica com as mesmas e com a sua família. É importante que o enfermeiro esteja junto da grávida e dos seus familiares, e demonstre disponibilidade para ouvir e apoiar os mesmos, a nível físico, psicológico e emocional. O enfermeiro deverá desmistificar os seus receios, esclarecer as suas dúvidas, transmitir confiança, e facultar informações sobre a evolução da situação.

A presença de pessoas significativas que apoiem as grávidas, e a promoção de um ambiente seguro, privado, confortável, de acordo com as preferências da parturiente são outras intervenções que poderão ser implementada para diminuir a percepção da grávida à dor, e assim, reduzir a necessidade de recurso a técnicas farmacológicas para o alívio da mesma.

Segundo a DGS (2008, p. 2) “o controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde”. Este princípio também se aplica durante o trabalho de parto, sendo o alívio da dor, uma

prioridade das intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, de forma a promover a humanização dos cuidados prestados e o aumento da qualidade dos mesmos.

Benner (2001) no seu livro de “Iniciado a Perito” também abordou a questão da dor nos pacientes, referindo-se ao controlo da mesma, como uma competência do enfermeiro, que se integra no domínio do papel de ajuda, tendo escrito que “ existe toda uma panóplia de tratamentos com vista a responder a tipos particulares de dor. A escolha da estratégia apropriada ao bom momento faz parte integrante do domínio de competências da enfermeira (...)” (Benner, 2001, p.87).

Durante o trabalho de parto, podem ser implementadas medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor, ou ambas, de acordo com a vontade expressa da grávida. Compete ao enfermeiro especialista informar a grávida e os seus familiares sobre as técnicas disponíveis para o controlo da dor, e elucidar sobre os procedimentos, riscos, vantagens e desvantagens inerentes a cada uma delas, para que os mesmos possam tomar uma decisão informada.

Existem inúmeras medidas não farmacológicas de alívio da dor, como técnicas de concentração e relaxamento, técnicas respiratórias, hidroterapia, acupressão, estimulação nervosa transcutânea, entre outras. Algumas destas medidas, devem ser aprendidas ainda no período pré-natal, para que posteriormente possam ser utilizadas durante o trabalho de parto. Em Portugal, várias das medidas não farmacológicas para o controlo da dor estão pouco divulgadas, e por esse motivo pouco utilizadas. Dentro das medidas farmacológicas da dor estão incluídas a analgesia sistémica, analgesia loco-regional (onde se inclui a analgesia epidural) e ainda a anestesia geral.

O Ensino Clínico foi realizado em duas Instituições, com características distintas e com diferentes abordagens relativamente ao controlo da dor. No Hospital Garcia de Orta, existe uma grande abertura para a implementação de medidas não farmacológicas para o controlo da dor.

Durante a permanência no Hospital Garcia de Orta houve a possibilidade de implementar medidas não farmacológicas de controlo da dor em parturientes que se encontravam em trabalho de parto, e assim, desenvolver competências nessa área dos cuidados.

Uma das actividades implementadas foi o incentivo das parturientes para se mobilizarem, e adoptarem posições cómodas para as mesmas. A liberdade de movimentos e a adopção de posições verticais são técnicas que promovem a diminuição da dor no trabalho de parto, e consequentemente a necessidade de medidas farmacológicas. As mesmas têm como vantagens proporcionarem conforto, diminuir a duração da primeira fase do trabalho de parto, e ainda, reduzir as alterações do padrão da frequência cardíaca fetal (APEO, 2009).

No HGO estão disponíveis várias bolas de parto, que poderão ser utilizadas por todas as grávidas que demonstrem esse desejo. Durante o Ensino Clínico, foram várias as parturientes que decidiram experimentar a bola, durante a fase inicial do trabalho de parto, tendo o *feedback* sido positivo. Muitas referiram que o seu uso tinha reduzido as algias lombares e que eram muito cómodas.

A utilização da bola durante o trabalho de parto, traduz-se em inúmeras vantagens para a parturiente e para o feto. O movimento realizado pela grávida durante o seu uso permite o alívio das dores, proporciona conforto à grávida, fomenta o relaxamento do pavimento pélvico, promove o progresso do feto ao longo da bacia materna e permite utilizar a gravidade a favor do trabalho de parto. O uso da bola de parto também permite manter o feto bem alinhado com a pélvis materna, auxilia na correcção de apresentações com assinclitismo e facilita a rotação do feto de posições posteriores para anteriores (Livingston, 2005).

Outro método não farmacológico de alívio da dor colocado em prática foi a hidroterapia. No HGO, as grávidas que se encontram em início de trabalho de parto, são incentivadas a deslocarem-se aos chuveiros e tomarem um duche de água morna e a fazerem a aplicação da água na região lombar com o chuveiro. Esta técnica reduz a ansiedade e promove o relaxamento e o conforto. A produção de catecolaminas diminui e a produção da ocitocina e de endorfinas aumenta, o que se traduz no aumento das contracções uterinas e na redução da percepção da dor, bem como na diminuição da duração do trabalho de parto ( Lowdermilk, Perry, 2008).

As salas onde são realizados os partos no HGO, estão equipadas com leitores de CD's, onde cada casal poderá ouvir a música que desejar durante o trabalho de parto. De acordo com Lowdermilk e Perry (2008) esta prática também aumenta o relaxamento da grávida, reduz o stresse e a percepção da dor, transmite energia e eleva o humor.

As massagens e o toque são outros métodos que podem ser utilizados para reduzir o desconforto e a dor. A massagem das mãos, pés, cabeça e costas, promovem o relaxamento muscular e favorecem a circulação sanguínea e a oxigenação dos tecidos, o que diminui a dor durante o trabalho de parto (APEO, 2009). O toque poderá ser utilizado pelos enfermeiros como forma de transmitir disponibilidade e confiança, “ O toque pode ser tão simples como segurar a mão, acariciar o corpo ou abraçá-la” (Lowdermilk, Perry, 2008, p. 366).

Benner também valorizou o toque como um elemento importante nos cuidados de enfermagem. Segundo a autora, este é um meio de proporcionar conforto e uma forma de estabelecer a comunicação com alguns dos utentes mais reservados. “As enfermeiras utilizam muitas vezes o toque para reconfortar e estabelecer um contacto (...) este tipo de contacto, cheio de calor humano, é muitas vezes o único meio que permite o reconforto e a comunicação” (Benner, 2001, p. 88).

Os casais que aderiram às massagens como forma de melhorarem o bem-estar e o relaxamento das grávidas, revelaram que as mesmas foram importantes para a promoção do bem-estar da grávida.

No Hospital de Santa Maria (local onde foi realizado a segunda fase do Ensino Clínico), existe um grande investimento no controlo da dor através da utilização de métodos farmacológicos, com maior ênfase para a analgesia epidural. A realização da anestesia e analgesia epidural são da competência dos anestesistas. Os enfermeiros colaboram durante a realização da técnica e na vigilância dos efeitos secundários. Os enfermeiros também podem desempenhar um papel importante no esclarecimento dos casais relativamente às vantagens, desvantagens destas técnicas, e ainda, dos efeitos secundários que podem ocorrer, de forma a obter um consentimento informado, antes da sua realização.

Durante o período em que decorreu o ensino Clínico no HSM, foi realizado um estágio de duas semanas nos Blocos Centrais da mesma instituição (integrado num projecto a nível profissional), com o objectivo de desenvolver competências na área da anestesia (regional e geral), para posteriormente serem utilizadas no local de trabalho.

No Hospital de Santa Maria está a ser desenvolvido um projecto institucional, que consiste no controlo e na prevenção da dor de todas as pessoas internadas no mesmo, e assim, dar resposta ao Programa Nacional de Controlo da dor. Desta forma, durante

o Ensino Clínico foi avaliada a intensidade da dor das parturientes através da utilização da escala numérica, realizado o registo da mesma no partograma, e implementadas medidas para o seu controlo.

Também participei como formanda a duas Acções de Formação em Serviço cujas temáticas abordaram a “Dor no Trabalho de Parto” e “A dor no Recém-Nascido”, onde foram debatidos os procedimentos a implementar no serviço nesta área dos cuidados.

## **5.2. Desenvolvimento de competências na área de Investigação.**

No decurso do Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia foi proposto aos alunos o desenvolvimento das suas competências na área da investigação. Para tal, os mesmos teriam que identificar uma problemática do seu interesse que fosse relevante para a profissão, e utilizar métodos científicos para a aquisição de conhecimentos sobre a mesma.

Neste relatório pretendeu-se aprofundar conhecimentos sobre a transição para a parentalidade, mais concretamente sobre as intervenções de enfermagem consideradas relevantes para os pais pela primeira vez, durante o seu processo de transição para a parentalidade. Desta forma, delineou-se como principal objectivo:

- Conhecer as intervenções de enfermagem valorizadas pelos pais pela primeira vez, durante o seu processo de transição para a parentalidade.

Como objectivos específicos:

- Identificar as principais dificuldades sentidas pelos pais na interacção e cuidados ao RN;
- Descrever as principais fontes de suporte emocional e instrumental dos pais, durante a transição para a parentalidade;
- Identificar as necessidades de apoio dos pais após o nascimento do seu primeiro filho;

De forma a obter-se o conhecimento desejado, recorreu-se à revisão sistemática da literatura sem metanálise, como método científico de pesquisa. De forma a enriquecer os nossos conhecimentos nesta área, desenvolveu-se um estudo exploratório descritivo, enquadrado no método qualitativo. A colheita de dados resultou

da interacção com as utentes e seus familiares no domicílio, no primeiro mês após o parto, tendo a mesma sido registada em notas de campo.

### **5.2.1. Revisão sistemática da literatura**

A revisão sistemática da literatura é um método de pesquisa rigoroso e reproduzível, que proporciona a organização metódica de resultados provenientes de estudos primários relevante, extraindo dos mesmos a melhor evidência científica. Este método permite a identificação de lacunas de evidência científica e o surgimento de novas questões de investigação (Ramalho, 2005).

De acordo com Ramalho (2005) a revisão sistemática da literatura tem como vantagem permitir o acesso rápido e actualizado de conhecimentos relativamente às práticas clínicas. Estes conhecimentos poderão contribuir para a tomada de decisões na área da saúde, desenvolver uma prática clínica baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados prestados e fazer a aproximação entre a teoria e a prática.

#### **Questão de investigação:**

A seguinte revisão sistemática da literatura foi orientada para a seguinte questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem valorizadas pelos pais pela primeira vez, durante a sua transição para a parentalidade?

Com esta questão, pretende-se identificar os estudos realizados e publicados sobre esta temática, e determinar o nível de conhecimento actual sobre a mesma.

#### **Estratégias metodológicas:**

Para a elaboração da questão de pesquisa e definição dos critérios de selecção do estudo, foi utilizado o método de PI[ C] OD (Participantes, Intervenção, Comparação, Outcomes e Desenho).

Nesta pesquisa foram incluídos estudos primários que incidiram sobre a transição para a parentalidade de pais, mães, ou de casais em que ambos os progenitores tenham sido pais pela primeira vez, e cuja gravidez, parto e pós-parto tenha decorrido sem complicações.

Foram excluídos os estudos que incluíam pais com mais de um filho, ou que a gravidez tenha sido gemelar, que tenham surgido complicações para a mãe/bebé durante o parto e no período pós-parto, ou que os bebés estejam hospitalizados numa



Unidade de Neonatologia. Também foram excluídos estudos em que os pais eram adolescentes ou com necessidades especiais (com doenças psiquiátricas, limitações físicas, entre outras.). Esta exclusão deve-se à convicção de que estes pais têm necessidades de apoio específicas, sendo necessário o desenvolvimento de intervenções de enfermagem distintas para os mesmos.

Apenas foram contemplados os estudos publicados a partir de 2005, não tendo sido feito nenhuma restrição relativamente aos métodos utilizados, ao tipo de apresentação ou publicação.

### ***Estratégias de pesquisa:***

De forma a serem seleccionados os estudos, recorreu-se à pesquisa em bases de dados electrónicas como a B-ON e a EBSCO HOST (MedicLatina, Health Technology Assessments, Psychology and Behavioral Science Collection, Nursing and Allied Health Collection, CINAHL Plus With Full Text, MEDLINE With Full Text, entre outros), entre o mês de Maio e Julho de 2011.

As expressões utilizadas como descritores para a procura dos estudos foram: parentalidade, transição para a parentalidade, pais pela primeira vez, período pós-parto e enfermagem. De forma a abranger um maior número de estudos, foram utilizados durante a pesquisa, os termos correspondentes às palavras-chave e respectivos sinónimos/termos, na língua inglesa, como: *transition to parenthood, parenting, first-time parents, parental role, postpartum period e Nursing*.

### ***Seleção dos estudos***

Da pesquisa inicial obtiveram-se trezentos e sessenta e cinco artigos potencialmente relevantes. Dos mesmos, foram excluídos 315 artigos através do título e leitura do resumo. Quinze estudos não foram incluídos devido à inacessibilidade aos mesmos. Sete dos estudos estavam repetidos. Foram colocados 28 artigos em apreciação, tendo sido excluídos 15 por não se enquadrarem nos critérios de inclusão, onde o principal motivo de exclusão foi o facto dos mesmos incluírem pais e mães com mais de um filho. Sete artigos não foram considerados pelo facto de não abordarem as intervenções de enfermagem nos mesmos. Obteve-se uma amostra de seis artigos que preencheram os critérios de inclusão e de exclusão e que não apresentaram omissões de informação relevantes, tendo os mesmos sido apresentados na tabela N.º1.

**Método de análise e síntese de dados:**

**Tabela 1 -Estudos constituintes da amostra das bases de dados electrónicas:**

Estudos Primários	Objectivos	Participantes/ Contexto	Intervenção	Método Análise	Achados
DEAVE, JOHNSON (2008) Inglaterra	Explorar as necessidades dos pais pela primeira vez relativamente ao cuidado, suporte e educação providenciada por profissionais de saúde durante o período antenatal, particularmente em relação à preparação para a transição para a paternidade e desenvolvimento de competências parentais.	20 Pais pela primeira vez, cuja gravidez das suas companheiras decorreu sem complicações.	Identificação das necessidades de apoio dos pais durante a sua transição para a parentalidade.	Estudo qualitativo  Entrevistas semi-estruturadas realizadas em casa no último trimestre da gravidez e no 3-4 mês após o parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existem poucos mecanismos para apoiar os pais durante o processo de transição para a parentalidade.</li> <li>- As aulas de preparação para a parentalidade não estão direccionadas para as necessidades dos pais.</li> <li>- Os pais necessitam de mais informações no período pré-natal sobre a parentalidade, os cuidados ao bebé e mudanças na sua relação com a companheira.</li> </ul>
DEAVE, JOHNSON, INGRAM (2008) Inglaterra	Compreender como é que os pais e as mães pela primeira vez podem ser apoiados no período pré-natal, em relação à transição para a parentalidade e desenvolvimento de competências parentais.	Participaram 24 mulheres que foram mães pela primeira vez, após uma gravidez e parto sem complicações e vinte dos seus companheiros (também pais pela primeira vez).	Identificação dos meios de suporte considerados importantes durante a transição para a parentalidade no período pré-natal e pós-parto	Estudo Qualitativo  Realizadas entrevistas semi-estruturadas no último trimestre de gestação e no 3-4 mês após o parto no domicílio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Foi demonstrado a necessidade de melhorar as intervenções que visam preparar ambos os pais para a parentalidade.</li> <li>-É importante incluir os companheiros na educação pré-natal.</li> <li>- Uma preparação inadequada para a parentalidade continua a ser uma preocupação para as mulheres e seus companheiros.</li> </ul>
JOHANSSON; AARTS, DARJ (2010) Suécia	Compreender as experiências dos pais pela primeira vez após a alta precoce da maternidade e cuidados domiciliários pós-parto.	Mulheres saudáveis que tiveram o seu primeiro filho depois de uma gravidez normal e trabalho de parto sem complicações, cujos bebés tenham sido de termo e saudáveis. Os progenitores coabitavam juntos na altura do parto	A importância dos cuidados de enfermagem prestados aos casais do domicílio no pós-parto depois de uma alta hospitalar precoce.	Estudo Qualitativo.  Entrevista realizadas nos primeiros dois meses após o nascimento	Este estudo evidencia que os pais se sentem confiantes em ir para casa precocemente após o parto, se tiverem apoio domiciliário no pós-parto dos enfermeiros. Concluiu-se que este tipo de cuidados promove a saúde das famílias.

Estudos Primários	Objectivos	Participantes/ Contexto	Intervenção	Método Análise	Achados
<p>MENDES (2007)</p> <p>Portugal</p>	<p>Compreender o processo de construção do ajustamento materno e paterno nos diferentes contextos do pós-parto</p>	<p>25 Casais pais pela primeira vez cujo parto hospitalar decorreu numa maternidade central da zona centro.</p>	<p>Perspectivas de ambos os pais relativamente às suas experiências vivenciadas no pós-parto</p>	<p>Estudo Qualitativo</p> <p>Entrevistas não estruturadas</p> <p>Dados analisados de acordo com o método fenomenológico descritivo de Giorgi</p>	<p>-Experiências vivenciadas como positivas: construção do papel parental, construção do papel de família, interacção com o bebé, maior união do casal, suporte emocional e instrumental da avó materna, reforço dos laços familiares.</p> <p>- Experiências vivenciadas como negativas: in experiência e insegurança no cuidar do bebé, experiência esgotante no cuidar do bebé, vulnerabilidade emocional, menos tempo para o casal.</p> <p>- Apoio dos profissionais de saúde está aquém das necessidades/expectativas de ambos os pais.</p>
<p>RAZUREL (2011)</p> <p>Suíça</p>	<p>Identificar problemas e eventos considerados stressantes para as mães primíparas no período pós-parto, e explorar o suporte social e as estratégias de <i>coping</i> usadas pelas mesmas para enfrentar essas situações.</p>	<p>60 Mulheres saudáveis primíparas, após uma gravidez normal, sem patologias ou novas hospitalizações associadas, com bebés de termo.</p>	<p>Os factores identificados como stressantes no pós-parto e as estratégias de <i>coping</i> usadas perante esses eventos.</p>	<p>Estudo qualitativo</p> <p>Realização de entrevistas semi-estruturadas 6 semanas após o parto.</p>	<p>A educação pré-natal e o apoio social pós-parto parecem não satisfazer as necessidades e as expectativas das mulheres.</p>
<p>SOARES (2008)</p> <p>Portugal</p>	<p>Compreensão das vivências dos pais durante a adaptação à parentalidade e o contributo específico proporcionado pelo enfermeiro durante o processo de transição</p>	<p>Participaram 16 mães e 14 pais pela primeira vez, utentes de um Centro de Saúde.</p>	<p>Vivência dos pais durante o processo de transição para a parentalidade.</p>	<p>Estudo qualitativo com recurso a entrevistas semi-estruturadas</p>	<p>- A parentalidade deve ser valorizada pelos enfermeiros e considerada um foco de atenção dos cuidados de enfermagem.</p> <p>- O conhecimento da perspectiva dos pais sobre a forma como a parentalidade é vivenciada é importante para a identificação das suas verdadeiras necessidades e desenvolvimento de intervenções ajustadas</p>

### **Apresentação, análise e discussão dos dados obtidos**

Após a análise dos artigos seleccionados, foi possível agrupar o conteúdo dos mesmos em três grandes temáticas, nomeadamente: a preparação para a parentalidade, a vivência do processo de transição e a interacção com os enfermeiros.

#### ***Preparação para a parentalidade:***

Brazelton e Cramer (2004) defendem que o tempo em que decorre a gravidez, proporciona a oportunidade aos pais para se prepararem a nível físico e psicológico para a chegada do seu filho.

- ***Consciencialização do papel parental***

De acordo com o estudo realizado com Soares (2008), os casais que participaram no mesmo, consideraram que a sua preparação para a parentalidade teve início a partir do momento em que desejaram ter filhos. Quando a gravidez ocorreu, esta foi considerada como uma fase de adaptação gradual à nova realidade e de construção do papel parental. Os casais referiram que a realização das ecografias (que permitiu o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebé), a escolha do nome, a preparação da casa e a compra do enxoval para o mesmo, contribuíram para a consciencialização da sua parentalidade.

Mendes (2007) ao realizar um estudo sobre o ajustamento materno e paterno no pós-parto chegou a conclusões semelhantes relativamente ao estudo anterior. Contudo, os casais entrevistados identificaram a percepção materna dos movimentos fetais, o parto e consequentemente o nascimento do filho, como o ponto de viragem da consciencialização do papel materno e paterno.

De acordo com Brazelton e Cramer (2004), os pais após receberem a notícia da gravidez, iniciam um processo de consciencialização crescente da responsabilidade futura. Nos últimos meses de gravidez, o feto é mais facilmente aceite como uma identidade real e distinta da mãe, sendo frequente neste período a escolha do nome do mesmo, e a preparação do domicílio para o receber.

- *Sentimentos perante a constatação da gravidez*

Brazelton e Cramer (2004) referem que durante a gravidez é característico os pais depararem-se com um turbilhão de sentimento ambivalentes. Lowdermilk e Perry (2008) acrescentam que a existência destes sentimentos contraditórios ocorre independentemente da gravidez ter sido ou não planeada e desejada.

No estudo realizado por Soares (2008) os casais expressaram terem sentido durante a gravidez, alegria, felicidade, entusiasmo, contentamento e expectativa, principalmente quando receberam a notícia da gravidez. Contudo, também surgiram sentimentos como a ansiedade associada ao futuro da criança, medo da criança ter alguma malformação, ou haver alguma complicação durante a gravidez e o parto. Também verbalizaram cansaço e saturação principalmente nas últimas semanas da gravidez, frustração, insegurança e dificuldade em aceitar as transformações corporais associadas à mesma.

O estudo realizado por Deave; Johnson; Ingram (2008), revelou que os pais sentiram-se excitados com a notícia da chegada do seu primeiro filho, mas apreensivos com os aspectos práticos associados aos cuidados ao recém-nascido. Estes acharam-se pouco preparados para serem pais. Os homens expressaram sentir-se ignorantes e com receio de terem um bebé brevemente em casa.

- *Fontes de recolha de informação*

Os pais durante o processo de construção do papel parental, procuram adquirir novos conhecimentos através da recolha de informações em diversas fontes. De acordo com Deave, Johnson, Ingram (2008), os pais durante a gravidez e após o nascimento do bebé, procuram obter informações sobre a parentalidade e cuidados ao bebé através de familiares, amigos, colegas de trabalho e profissionais de saúde.

Os pais também recorrem aos apontamentos das aulas de preparação para o parto, folhetos, livros, televisão, vídeos e *internet*. A maioria dos pais referiu ter lido livros e assistido a programas de televisão sobre a gravidez e parto.

- *Cursos de preparação para o parto e para a parentalidade*

Os casais no período pré-natal frequentam cursos de preparação para o parto como forma de adquirirem novos conhecimentos relativamente à gravidez, parto, pós-parto e cuidados ao bebé.

Soares (2008) referiu que os cursos de preparação para o parto e para a parentalidade foram considerados pelos futuros pais como sendo uma fonte importante de informação, uma forma para se familiarizarem com o meio hospitalar, e uma oportunidade para conviverem com outros casais a vivenciarem uma experiência semelhante à sua.

Contudo, um estudo realizado por Rapuzel (2011) revelou que as informações transmitidas sobre o período pós-parto, nos cursos de preparação para o parto e para a parentalidade, pareceram não ter promovido a preparação dos casais para o mesmo. De acordo com Rapuzel (2011), a explicação deste fenómeno pode residir no facto das mulheres terem como principal motivação no momento, a sua preparação para o trabalho de parto. Ao considerarem as problemáticas do período pós-parto como distante das suas actuais preocupações, os casais parecem não se mostrar disponíveis para reter estas informações. Assim, os cursos de preparação para o parto parecem ser insuficientes para ajudarem os pais, a adquirirem competências para cuidarem dos bebés nas primeiras semanas após o seu nascimento.

Deave e Johnson (2008) referiram que os pais (homens) dos seus estudos demonstraram sentirem-se muito envolvidos com a gravidez das suas companheiras. Contudo, os mesmos expressaram sentirem-se excluídos dos cursos de preparação para o parto. De acordo com os mesmos, os horários destes cursos eram incompatíveis com os seus horários de trabalho, sentindo-se tristes por não participarem nesta experiência. Os pais também mencionaram que as aulas não estavam focadas para as suas necessidades, bem como a literatura existente sobre a parentalidade. Estes sugeriram a realização de um DVD que abordasse várias temáticas relativas à parentalidade, para que o pudessem ver em casa, com a sua companheira, de acordo com a sua disponibilidade, e sempre que surgissem dúvidas.

### ***Vivência do processo de transição para a parentalidade:***

De acordo com Canavarro e Pedrosa (2005) o nascimento do primeiro filho desencadeia alterações irreversíveis na vida de um casal, que se estendem para a restante família.

- *Relação conjugal*

O estudo realizado por Mendes (2007) confirmou que o quotidiano conjugal dos casais implicados, sofreu profundas alterações após a chegada do bebé. Observou-se uma maior união entre o casal, e uma maior cooperação entre os cônjuges durante a partilha das tarefas domésticas e nos cuidados ao bebé. Contudo o casal passou a ter menos tempo para estar a sós, e menos disponível para sua relação conjugal, dedicando-se exclusivamente às necessidades do bebé. Durante este estudo, as mulheres revelaram sentir receio de não voltarem a ser desejadas pelo seu companheiro, sendo vivenciado um certo distanciamento do mesmo. Também verbalizaram sentirem-se constrangidas no reinício a sua actividade sexual.

Soares (2008) descreve que alguns dos casais que participaram no seu estudo, vivenciaram um agravamento dos conflitos pré-existentes. O estudo desenvolvido por Deave; Johnson; Ingram (2008) revelou que o nascimento do primeiro filho do casal implicou novos desafios na relação, e o aumento das situações de stresse. Os casais demonstraram-se surpreendidos e aborrecidos pelo facto desta temática, nunca ter sido abordada no período pré-natal, considerando-a importante.

De acordo com Deave; Johnson; Ingram (2008) os casais enfatizaram a necessidade de passarem algum tempo a sós, e de falarem abertamente dos seus sentimentos e da sua relação, como forma de reduzirem a tensão existente na mesma.

Tal como foi descrito por Canavarro e Pedrosa (2005), estes estudos revelam que após o nascimento do primeiro filho, há uma tendência para a diminuição da satisfação conjugal. Os casais também identificaram a comunicação das necessidades, a partilha de experiências, dúvidas e ansiedades, como sendo factores importantes para a protecção da aliança conjugal, indo ao encontro do que foi descrito por Canavarro e Pedrosa (2005).

- *Interacção com o RN*

Ambos os estudos realizados por Soares (2008) e Mendes (2007) concluíram que a concretização da parentalidade se traduziu num misto de sentimentos. A maioria dos mesmos positivos, como a alegria, felicidade, amor, carinho, protecção, gratificação e realização pessoal. Deave; Johnson; Ingram (2008) acrescentaram sentimentos como surpresa, confusão, excitação, espanto e grande responsabilidade. Contudo, também foram verbalizados pelos casais sentimentos como o receio do surgimento de uma doença ou de perderem o bebé, apreensão durante a prestação dos cuidados aos mesmos, tristeza, insegurança e medo pela sua falta de experiência no cumprimento das suas responsabilidades parentais.

Lowdermilk e Perry (2008) também se referem à transição para a parentalidade como um momento de confusão e de desequilíbrio, em que os pais podem apresentar sentimentos contraditórios como satisfação ou desânimo, inabilidade e irritação ao cuidarem dos seus filhos.

Os participantes do estudo realizado por Mendes (2008) relativamente ao estabelecimento da relação com o bebé no pós-parto, consideraram-na como a continuação da comunicação já iniciada durante a gravidez.

- *Principais fontes de suporte emocional e instrumental*

De acordo com Leal (2005) a existência de apoio instrumental e emocional dos casais facilita a sua transição para a parentalidade. Se o mesmo for promovido por alguém próximo e significativo, este parece ter um efeito mais acentuado no bem-estar do indivíduo.

Deave; Johnson; Ingram (2008) através do seu estudo concluíram que os homens e as mulheres, durante o período de transição para a parentalidade, recorrem a diferentes fontes de suporte. De acordo com os mesmos, as mulheres identificaram cinco grupos de pessoas que consideraram importantes durante esta fase de transição, nomeadamente os seus companheiros, os seus próprios pais, amigos e colegas, profissionais de saúde, e grupos de preparação para o parto e grupos pós-parto. Os seus companheiros, por sua vez, apenas nomearam a sua própria companheira, os seus colegas e os profissionais de saúde.

Deave; Johnson; Ingram (2008) descrevem que as recentes mães procuram apoio nas mulheres da sua família que lhes transmitem segurança, normalmente as suas



próprias mães. Contudo, também foram mencionadas as avós e as irmãs. As mulheres esperam receber das suas mães apoio nos aspectos práticos, nomeadamente no trabalho doméstico e no cuidar do bebé para que o casal possa sair. Este dado é semelhante aos resultados obtidos por Rapuzel (2011).

Deave; Johnson; Ingram (2008) referiram que as mulheres também valorizaram os amigos com filhos recentes ou com experiência em cuidar de bebés, devido ao suporte e às informações que os mesmos poderiam fornecer. Algumas destas amizades podem ser recentes, e terem tido início na fase pré-natal, durante os cursos de preparação para o parto. Por sua vez, os companheiros parecem que ter poucas fontes de apoio para além das suas mulheres, procurando-as nos colegas de trabalho ou nos profissionais de saúde. O apoio fornecido pelos profissionais de saúde foi considerado pelos casais como sendo algo importante, apresentado mais aspectos positivos do que negativos. Os grupos pós-parto permitem aos casais partilharem entre si as suas experiências e as suas dificuldades, e a experimentarem novas soluções para os seus problemas.

- *Principais dificuldades identificadas pelos pais*

De acordo com os resultados do estudo realizado por Rapuzel (2011), a amamentação foi identificada pelos pais como uma das suas principais dificuldades, durante a sua permanência na maternidade, bem como no domicílio. Algumas das participantes revelaram terem uma opinião muito negativa em relação à amamentação, devido ao aparecimento de complicações, como fissuras nos mamilos e dor durante o acto de amamentar. De acordo com as mesmas, durante o período pré-natal, tinha-lhes sido passado a imagem que a amamentação era um comportamento natural, sem nunca lhes terem falado na possibilidade de surgirem algumas dificuldades. As participantes deste estudo revelaram não sentir qualquer satisfação no acto de amamentar, e que este era considerado uma fonte de stresse, e sentido como uma opressão.

De acordo com o estudo realizado por Johansson; Aarts; Darj (2010), algumas mulheres referiram considerar a amamentação como aspecto importante para o bem-estar do RN. Contudo, consideravam-na uma actividade aborrecida, difícil, e muito demorada, mas que teria que ser realizada. Outras participantes no mesmo estudo referiram-se à amamentação, como sendo um processo de aprendizagem interactivo

entre a mãe, a criança, o pai, a enfermeira e o ambiente. De acordo com as últimas, através da amamentação as mulheres aprendem a confiar em si próprias e no bebé.

O estudo realizado por Mendes (2007) obteve resultados contraditórios relativamente ao estudo de Rapuzel (2011). De acordo com o ponto de vista das participantes de Mendes (2007), a amamentação era encarada como uma oportunidade de interacção vital e natural com o seu bebé. Através desta, as mulheres sentiam que podiam aprender a compreender os sinais de comunicação do seu bebé e a desenvolver comportamentos apropriados, garantindo momentos de satisfação mútua.

Outra dificuldade identificada pelos casais no período pós-parto foi o cansaço. Rapuzel (2011) descreve que as mulheres durante a estadia na maternidade esperavam poder descansar e ter alguma privacidade, o que não aconteceu devido às condições físicas do local. No domicílio as mulheres enfatizaram grandes dificuldades em gerir vários problemas em simultâneo, quando não apoiadas pelos seus familiares, ou quando este foi considerado inadequado.

Mendes (2007) refere que as mulheres consideraram esgotantes os primeiros dias após o nascimento do seu filho. Este fenómeno deveu-se ao facto das mães canalizarem toda a sua energia para cuidarem do bebé, apresentando dificuldades em conciliar esta actividade com as tarefas domésticas e o auto-cuidado.

Deave; Johnson; Ingram (2008) e Mendes (2007) identificaram como uma dificuldade sentida pelos pais, a sua inexperiência e a pouca destreza motora para realizarem alguns cuidados ao bebé, como dar o banho, cuidar da sua higiene, mudar a fralda, vesti-lo e despi-lo.

De acordo com Mendes (2007) o ajustamento materno a nível físico e emocional, no período pós-parto, é experienciado pelas mulheres que participaram no seu estudo, como uma dificuldade. Os desconfortos físicos resultantes de lacerações perineais, episiotomia, hemorróidas, ingurgitamento mamário, sutura operatória, dores articulares, entre outras, limitaram as actividades de vida das puérperas nos primeiros dias após o parto. Algumas das puérperas expressaram o seu incómodo pela sua imagem corporal, nomeadamente o receio de não voltarem a recuperar a sua silhueta anterior, e a falta de disponibilidade para cuidar da sua imagem corporal. As puérperas também identificaram a vulnerabilidade emocional e o choro fácil dos primeiros dias, como sendo outra dificuldade associada às anteriores.

- *Necessidades de suporte identificadas pelos pais*

De acordo com os estudos realizados por Rapuzel (2011) e Deave; Johnson; Ingram (2008), apesar das intervenções realizadas no período pré-natal pelos profissionais de saúde, os casais continuam a sentir-se pouco preparados para assumir o papel parental, após o nascimento do seu primeiro filho. De acordo com os mesmos estudos, os casais expressam que no período pós-parto, são confrontados com uma realidade diferente daquela que lhes foi transmitida durante o período pré-natal.

Deave; Johnson; Ingram (2008), referem que durante o período pós-parto, os casais verbalizaram sentir a necessidade de mais informações relativamente à amamentação e às suas dificuldades, cuidados ao bebé, e ainda, às alterações previsíveis na relação conjugal.

Os companheiros sentem-se pouco apoiados e negligenciados nas suas necessidades psicológicas e emocionais, uma vez que os cuidados prestados, se encontram focalizados na mulher e na criança. Como já foi referido anteriormente, os homens lamentam a inexistência de literatura sobre a parentalidade direccionada para as suas necessidades, tal como acontece na organização dos cursos de preparação para o parto.

De acordo com Rapuzel (2011) o período pós-parto é uma fase de transição, em que as mulheres necessitam de informações, de transmissão de tranquilidade e apoio emocional. De acordo com o mesmo, as mulheres identificaram como a sua principal necessidade no período pós parto, o apoio a nível emocional, nomeadamente no que se refere à ajuda em manter a sua auto-estima.

Já no domicílio, ao depararem-se com os aspectos práticos e organizacionais, as mulheres expressam uma grande necessidade de apoio instrumental, que normalmente é fornecida pela família, principalmente pela avó materna e pelo seu companheiro.

Rapuzel (2011) e Deave; Johnson; Ingram (2008), afirmam que os casais no pós-parto necessitam de um acompanhamento mais longo, e mais direccionado para as suas necessidades. Os casais verbalizaram que gostariam que aumentasse o número de visitas realizadas por enfermeiros obstetras no domicílio, de forma a sentirem-se mais apoiados durante o período pós-parto.

Mendes (2007) também evidenciou a falta de apoio da equipa de saúde no domicílio (expressa pelos pais), principalmente nas primeiras semanas após o parto,

bem como a inexistência de uma linha telefónica de apoio, ou de um espaço na Maternidade ou no Centro de Saúde, onde os pais se pudessem dirigir para esclarecer as suas dúvidas.

### ***Interacção com os enfermeiros***

De acordo com o estudo realizado por Soares (2008), uma das intervenções de enfermagem considerada relevante pelos casais, durante a sua vivência da parentalidade, foi a preparação para o parto realizado por estes profissionais. As grávidas consideraram úteis as informações fornecidas, relativamente à fisiologia do parto, técnicas de respiração e cuidados ao RN.

Soares (2008) revelou que os pais distinguiram o papel desempenhado pelos enfermeiros relativamente ao ensino/educação sobre as capacidades interactivas do bebé, e sobre a importância da relação precoce. De acordo com Santos (2001), o ensino dos pais sobre as competências do RN, permite a estimulação da interacção entre os mesmos, e promove o estabelecimento da relação precoce.

Rapuzel (2011) concluiu que os casais valorizaram o suporte fornecido pelos enfermeiros na maternidade, a nível educacional e informativo, nomeadamente nos cuidados prestados ao bebé e durante a amamentação, principalmente após o aparecimento de dificuldades. Mendes (2007) também chegou a conclusões semelhantes, e acrescentou que tinha sido considerado importante para os casais, o facto de os enfermeiros terem solicitado a presença do pai para a demonstração dos cuidados ao bebé, e a possibilidade da permanência prolongada dos mesmos na maternidade.

Rapuzel (2011) evidenciou que as informações contraditórias fornecidas pelos profissionais de saúde, e a desvalorização das dificuldades sentidas pelo casal, foram vivenciadas pelos mesmos, como uma fonte importante de stresse.

Por sua vez, Mendes (2007) identificou como aspectos negativos dos cuidados prestados pelos enfermeiros, a demonstração de falta de disponibilidade dos mesmos, para ouvirem as dúvidas dos pais, bem como a rapidez na demonstração dos cuidados ao recém-nascido, e as orientações pouco esclarecedoras no momento da alta.

Tanto Mendes (2007) como Soares (2008) identificaram a relação terapêutica como sendo um elemento muito valorizado pelos pais, durante o seu processo de

transição para a parentalidade. O estabelecimento da relação terapêutica traduziu-se em comportamentos que visaram a promoção de sentimentos de segurança e de confiança das suas capacidades parentais, na diminuição dos receios face aos cuidados ao recém-nascido, na partilha de informação, na demonstração de disponibilidade, na simpatia, carinho, entre outras.

Rapuzel (2011) descreveu que as mulheres verbalizaram sentir-se insatisfeitas com o suporte prestado pelos enfermeiros, relativamente às suas necessidades a nível emocional e promoção da sua auto-estima.

Um estudo realizado por Johansson; Aarts; Darj (2010) na Suécia, revelou que os pais valorizaram muito o apoio domiciliário realizado no período pós-parto, pelas enfermeiras obstetras. De acordo com os mesmos autores, os casais consideraram-nas como sendo uma figura de referência, nas quais podiam confiar e pedir conselhos, durante as tomadas de decisão. Estas desempenharam um papel de suporte, a quem puderam recorrer para confirmarem as suas competências parentais, principalmente nos cuidados prestados ao bebé, ou durante a amamentação. Os pais sentiram-se confiantes e seguros no domicílio, pelo facto das enfermeiras se encontrarem facilmente contactáveis por telemóvel vinte e quatro horas por dia.

Soares (2008) ainda faz referência à importância que foi atribuída pelos pais, ao papel desenvolvido pelos enfermeiros, no que concerne à vigilância da saúde do bebé, nomeadamente, no rastreio das doenças metabólicas, auditivas, vacinação, entre outras.

### 5.2.2. Estudo empírico

“O facto de não termos relatado [Enfermeiros] o que fizemos e observado sobre o terreno, privou a teoria em ciências da enfermagem daquilo que é a especificidade e a riqueza do conhecimento contido na prática clínica. Práticas bem relatadas e observações claramente expostas são essenciais para o desenvolvimento da teoria”. (Benner, 2001, p. 31)

De forma a enriquecer os conhecimentos obtidos com a realidade portuguesa, procedeu-se à realização de um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa. De acordo com Streubert e Carpenter (2002) a utilização do método qualitativo nos estudos de investigação em enfermagem é muito comum, dado que muitos destes, pretendem compreender as experiências dos indivíduos em determinadas situações.

A questão de investigação delineada para este estudo qualitativo é idêntica à elaborada para a revisão sistemática da literatura. O objectivo geral deste estudo, bem como os objectivos específicos foram descritos no princípio do subcapítulo.

#### **Estratégias metodológicas:**

##### ***Técnica de colheita de dados***

Na investigação qualitativa podem ser utilizadas várias estratégias para a obtenção dos dados pretendidos. Durante a realização deste estudo, o método de colheita de dados foi realizado através da observação participante durante as interações inerentes à prestação de cuidados. De acordo com Streubert e Carpenter (2002), existem quatro tipos de observação participante, nomeadamente observador completo, observador como participante, o participante como observador, e ainda, o participante completo. De acordo com os mesmos autores (2002), o investigador neste caso, despende a maior parte do seu tempo a observar, mas potencialmente poderá entrevistar.

Com a escolha desta estratégia pretende-se captar informações inesperadas ou que não sejam expressas verbalmente pelos participantes. As observações directas foram documentadas em notas de campo. Streubert e Carpenter (2002) referem-se às notas de campo como anotações que servem para documentar as observações realizadas pelo investigador, e que incluem “... o que ouviram, viram, pensaram,

tocaram ou experimentaram” (p. 30). As notas de campo tornam-se parte integrante da análise de dados.

### ***Critério de selecção dos participantes***

O método utilizado para seleccionar os participantes foi a selecção intencional dos participantes. De acordo com Patton (1990) citado por Streubert e Carpenter (2002, p. 66) “a lógica e o poder da amostra intencional está na selecção de casos ricos de informação para estudar em profundidade (...) a partir de quem se pode aprender muito de assuntos de importância central para a finalidade da investigação”.

Os participantes do estudo foram casais com mais de dezoito anos, saudáveis, que tiveram o seu primeiro filho, independentemente do tipo de parto, e cuja gravidez, parto e pós-parto tenham ocorrido sem complicações. Os bebés deveriam ser de termo, e que não tivessem tido a necessidade de serem internados numa Unidade de Neonatologia.

### ***Caracterização dos participantes***

Neste estudo participaram quatro casais, com idades compreendidas entre os vinte cinco e os trinta e oito anos, residentes em Lisboa. Na altura da visita domiciliária todos os casais coabitavam casa própria, excepto um que residia com os pais da puérpera. Todos os progenitores tinham uma vida profissional activa, excepto uma das puérperas que se encontrava desempregada.

### ***Local e momento da colheita de dados***

A colheita de dados foi realizada no domicílio dos casais no primeiro mês após o nascimento do bebé. A colheita de dados foi realizada entre o mês de Junho a Setembro de 2011.

### ***Método de análise e síntese dos dados***

Após a obtenção dos dados e registo em notas de campo, recorreu-se à análise de conteúdo, como técnica de tratamento da informação. De acordo com Jorge Vala (2001, p. 104) a análise de conteúdo consiste:

“... desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização-atribuição de traços de significação, resultando de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar, e as condições de produção da análise”.

Os dados obtidos foram categorizados de forma a reduzir a sua complexidade, identificá-los e organizá-los atribuindo-lhes um sentido (Vala, 2001).

As notas de campo realizadas foram codificadas como C1, C2, C3, C4, conforme se referem respectivamente ao casal 1,2,3,4, (Apêndice I)

**Tabela 2 – Categorização dos dados das Notas de Campo**

<b><i>Tema</i></b>	<b><i>Categoria</i></b>	<b><i>Subcategoria</i></b>
<b><i>Preparação para a parentalidade</i></b>	Sentimentos perante a constatação da gravidez.	
	Recurso a fontes de informação	
<b><i>Vivência do processo de transição para a parentalidade</i></b>	Relação conjugal	
	Interacção com o RN	Sentimentos
	Dificuldades Identificadas	Cansaço Compreensão do choro do RN Amamentação
	Recuperação da imagem corporal	
	Diminuição do convívio social	
	Fontes de suporte emocional e instrumental	
	Necessidades de esclarecimento.	
<b><i>Interacção com os enfermeiros</i></b>	Intervenções de enfermagem valorizadas	
	Aspectos negativos das intervenções de enfermagem	

### **Apresentação e discussão dos resultados obtidos**

Da análise de conteúdo surgiram três temas, nomeadamente a preparação para a parentalidade, a vivência do processo de transição para a parentalidade e a interacção com os enfermeiros.

#### ***Tema: Preparação para a parentalidade***

Dentro do tema da preparação para a parentalidade surgiram duas categorias, nomeadamente os sentimentos perante a constatação da gravidez, e fontes de informação.



- *Categoria: Sentimentos perante a constatação da gravidez*

Todos os casais que foram visitados no domicílio tinham planeado a sua gravidez. Durante o diálogo com os mesmos, dois dos casais expressaram os seus sentimentos no momento em que confirmaram a sua gravidez, nomeadamente uma enorme alegria, uma sensação de grande responsabilidade, e preocupação. Estes resultados são semelhantes aos identificados nos estudos incluídos na revisão sistemática da literatura, como do caso de Soares (2008)

*“ ... quando soube que estava grávida fiquei muito alegre, mas tive uma sensação de grande responsabilidade e uma grande preocupação em saber se estava tudo bem...” (C3)*

- *Recurso a fontes de informação*

Dois dos casais verbalizaram terem procurado informações na *internet* e em livros sobre a gravidez e sobre os cuidados ao RN, de forma a prepararem-se para a parentalidade. Uma das mães referiu ter conversado sobre estas temáticas com amigas que já tinham filhos. Estes dados vão ao encontro das fontes de informação referidas no estudo de Deave; Johnson; Ingram (2008).

*“ ...depois comecei a ler livros sobre bebés e a falar com outras amigas que já tinham sido mães ...” (C4).*

### ***Temática: Vivência do processo de transição para a parentalidade***

Ao ser analisado este tema emergiram sete categorias, nomeadamente a relação conjugal, a interacção com o RN, dificuldades identificadas, necessidades de esclarecimento, recuperação da imagem corporal, diminuição do convívio social e fontes de suporte emocional e instrumental.

- *Relação conjugal*

Durante as visitas domiciliárias, só um dos casais abordou directamente as alterações que tinham ocorrido na sua relação conjugal, referindo que tinham deixado de ter tempo para o casal, devido às exigências impostas pelos cuidados ao bebé. Nos restantes casais, os cônjuges referiram apenas que partilhavam as tarefas domésticas

e os cuidados ao bebé. Estes resultados são semelhantes aos obtidos por Mendes (2008)

*“...estamos muito cansados, deixámos de ter tempo para nós, o nosso tempo é totalmente dedicado a ela, e quando temos tempo para nós só queremos descansar...”.(C3)*

- *Interacção com o RN*

Os sentimentos que foram verbalizados pelos casais participantes neste estudo, durante a sua interacção com o RN, são semelhantes aos mencionados nos estudos seleccionados na revisão sistemática da literatura, nomeadamente o estudo de Deave; Johnson; Ingram (2008). Destacam-se os sentimentos de felicidade, alegria, carinho, amor incondicional, preocupação, medo de doenças ou da perda do bebé.

*“ ... agora estou constantemente a verificar a respiração da bebé, quando esta faz uma respiração mais ruidosa e profunda, tenho medo que aconteça o mesmos ...” (C1)*

*“...um amor incondicional, mas também uma preocupação constante com o seu bem-estar, ela mudou as prioridades da nossa vida, vivemos em função dela, deixei de ter descanso físico e mental ...”.(C3)*

- *Dificuldades identificadas*

Foram identificadas várias dificuldades pelos casais nesta fase, que foram classificadas em três subcategorias, nomeadamente a compreensão do choro do RN, o cansaço, e a amamentação.

- *Subcategoria: cansaço:*

Tal como nos resultados obtidos a partir dos estudos da revisão sistemática da literatura, nomeadamente no realizado por Rapuzel (2011), o cansaço foi considerado como uma dificuldade sentida pelos casais nesta fase, tendo o mesmo sido verbalizado por dois deles. A dificuldade em descansar na maternidade também foi mencionada.

*“ ... no hospital tive muita dificuldade em dormir devido ao choro dos outros bebés que estavam no meu quarto...” (C1)*

*“... a bebé acorda várias vezes durante a noite, e também chora muitas vezes durante o dia, tenho pouco tempo para descansar ...” (C3)*

- *Subcategoria: Compreensão do choro do RN*

De acordo com Brazelton e Cramer (2004) o bebé utiliza o choro para chamar a atenção das pessoas que cuidam de si. Ao chorar de diversas formas, utiliza-o como uma forma de comunicação. Os pais ao fim de algum tempo começam a distinguir o tipo de choro do seu filho. A distinção dos vários tipos de choro nos primeiros dias de vida do RN foi identificada como sendo uma dificuldade por dois dos casais participantes.

“...sinto-me aflita por ele chorar e não saber porquê...” (C2)

“...ele muitas vezes chora e nós não sabemos o porquê, vemos se a fralda está suja, damos de mamar, às vezes são cólicas...” (C4)

- *Subcategoria : amamentação*

As quatro participantes neste estudo referiram terem enfrentado algumas dificuldades na amamentação, como na adaptação do bebé à mama, dores e fissuras nos mamilos, entre outros. Contudo, apenas uma mulher desistiu de amamentar o RN após ter chegado a casa. Todas elas, inclusive a participante que deixou de amamentar, consideraram a amamentação como importante. Em todas as visitas pude observar as mães a amamentar os seus bebés (excepto a que deixou de o fazer), e durante a sua realização as mães demonstraram satisfação neste acto. Esta observação é semelhante aos resultados obtidos por Mendes (2007), onde as mães descreveram a amamentação como sendo uma oportunidade de interacção vital e natural com o seu bebé. Não foram observadas situações semelhantes às descritas por Rapuzel (2011) relativamente a este assunto.

“... foi uma decisão difícil de tomar, e por vezes penso, que talvez não tenha sido uma boa opção, mas não conseguia que ela pegasse na mama e desisti...” (C3)

“... nas primeiras vezes a bebé não queria agarrar a mama...” (C1)

- *Categoria: Recuperação da imagem corporal*

Durante a visita domiciliária duas das mães verbalizaram a preocupação em voltar à sua forma física antes de terem engravidado, referindo ter a intenção de voltar ao ginásio após o bebé ser maior. Mendes (2008) também obteve este dado durante o seu estudo.

*“...assim que puder vou voltar a fazer ginástica no ginásio para recuperar a minha antiga forma ...” (C1)*

- *Categoria: Diminuição do convívio social*

Com a chegada do bebé é necessário reestruturar e reorganizar a vida familiar, sendo necessário mudar de hábitos de vida e deixar de realizar algumas actividades. O casal passa a estar mais tempo em casa, e poderão sentir-se mais isolados. Mendes (2008) também constatou esta realidade no seu estudo.

*“...às vezes preciso de sair por uns minutos, nem que seja para ir tomar um café à pastelaria mais próxima de casa e depois volta ...” (C1)*

- *Categoria: Fontes de suporte emocional e instrumental*

Foram identificadas várias fontes de suporte como o próprio cônjuge, familiares próximos e profissionais de saúde. Todos os casais tinham ajuda de familiares próximos, sendo normalmente do sexo feminino, como a avó, a mãe, e a cunhada. Estas normalmente assumiam a responsabilidade de algumas tarefas domésticas como o cozinhar ou passar a ferro. Em todas as visitas estiveram presentes familiares.

Os casais também mencionaram dois profissionais de saúde que os apoiavam a nível educacional, o enfermeiro e o pediatra. Sendo importante para um dos casais a possibilidade de contactarem com o pediatra através do telemóvel a qualquer hora. A disponibilidade de uma linha de apoio telefónica, foi identificada no estudo Johansson; Aarts; Darj (2010) como um elemento importante de apoio aos casais.

- *Categoria: Necessidades de esclarecimento.*

Durante as visitas os casais procuraram esclarecer várias dúvidas, estando na maioria delas relacionadas com os cuidados ao recém-nascido. Estes também procuraram a confirmação das suas capacidades parentais. Dentro das temáticas a esclarecer surgiram os horários da amamentação, os alimentos que deveriam evitar enquanto estivessem a amamentar, cólicas, uso da chupeta, cuidados ao RN e o transporte do mesmo.

### ***Tema: Interação com os enfermeiros***

Este tema engloba duas categorias, nomeadamente as intervenções de enfermagem valorizadas e aspectos negativos das intervenções de enfermagem.

- *Categoria: Intervenções de enfermagem valorizadas*

A atenção dos casais encontrava-se muito centrada nas necessidades do bebé, valorizando especialmente as intervenções de suporte a nível educacional e de apreciação relacionadas com os cuidados ao RN, como o ensino de cuidados de higiene, da desinfeção do cordão umbilical, das massagens, entre outras. Também foi valorizado a transmissão de sentimentos de segurança e de tranquilidade. Este resultado foi semelhante aos obtidos da revisão sistemática da literatura, nomeadamente o de Soares (2008).

“... no hospital foi importante quando a enfermeira me ajudou a por a bebé à mama, e quando me ensinou a dar o banho e a cuidar do cordão, também quando me ajudaram com a respiração da bebé e me disseram que estava tudo bem...” (C1).

“... elas ensinam a dar o banho, com uma destreza, pegam nos bebés com uma facilidade e confiança que tranquilizam os pais, elas passam muita confiança aos pais ...” (C3).

- *Categoria: Aspectos negativos das intervenções de enfermagem*

Uma das participantes verbalizou sentir que os enfermeiros estavam muito preocupados com os cuidados técnicos, não valorizando as suas necessidades psicológicas e emocionais. Este dado obtido é semelhante ao encontrado na revisão sistemática da literatura, nomeadamente do de Rapuzel (2011). Outra das participantes verbalizou que os cuidados prestados no período pré-natal não tinham contribuído para o desenvolvimento de competências parentais.

“...depois do parto estamos muito debilitadas a nível físico e psicológico, e elas [enfermeiras] estão mais interessadas em mudar o penso, algumas não falavam comigo, eu às vezes queria ouvir uma palavra de carinho e ter um bocadinho de atenção, o sorriso e uma palavra amiga é importante, mas nem todas eram assim, recordo-me de duas com muito carinho ...” (C3).

“... nada do que me disseram nessas consultas me ajudou [consultas pré-natal], nem durante o parto nem depois do bebé nascer ...”(C3)

### **5.3. Questões éticas no desenvolvimento das competências**

“ Qualquer investigação efectuada junto a seres humanos levanta questões morais e éticas” (Fortin, 2009, p.113)

Durante o desenvolvimento de competências no Ensino Clínico, bem como durante a realização do estudo, foram respeitados os princípios éticos contemplados no Código Deontológico do Enfermeiro (2005), nomeadamente o princípio da beneficência (o dever de fazer o bem), da não maleficência (não fazer o mal ou de não causar dano), autonomia (liberdade de escolha) e justiça (equidade nos cuidados).

A realização de investigações qualitativas levanta um conjunto de considerações éticas devido à sua proximidade com os participantes. De acordo com Streubert e Carpenter (2002, p. 37) “os assuntos relacionados com o consentimento informado, anonimato e confidencialidade, obtenção de dados, tratamento e relações participante-investigador na investigação qualitativa implicam novas considerações éticas ...”

Apoiado no princípio da autonomia, pretendeu-se obter a participação voluntária e o consentimento esclarecido dos casais (Anexo I). Para tal, no contacto estabelecido durante a sua permanência no Bloco de Partos, foi-lhes explicado o objectivo do estudo e a importância da sua participação.

Baseado no princípio da beneficência e da justiça, foi-lhes garantido a confidencialidade e anonimato. Para tal, foi-lhe explicado que os dados recolhidos não seriam acessíveis a mais ninguém para além do investigador. Os dados expostos seriam apenas os relevantes para o estudo e impossíveis de serem relacionados com os participantes.

**III - PARTE**  
**CONCLUSÕES**

## **6. CONCLUSÃO E REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS**

Os enfermeiros na procura da excelência dos cuidados são estimulados a um constante desenvolvimento pessoal e profissional. Para tal, é necessário que os mesmos invistam na procura de novos conhecimentos, através da autoformação e da formação continua (O.E, 2005).

Foi durante a procura de novos conhecimentos e no desenvolvimento de novas competências, que surgiu este Relatório de Estágio, integrado no 1º Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstetrícia.

A elaboração do presente Relatório de Estágio foi influenciada pela Teoria das Transições de Afaf Meleis. De acordo com a mesma, os enfermeiros ao longo do seu percurso passam por várias transições a nível educacional e profissional, como acontece durante a sua progressão de enfermeiros de cuidados gerais para enfermeiros especialistas. Estas transições implicam a definição de novos papéis e a aquisição de novas competências (Meleis, 2007, 2010).

Durante este relatório, pretendeu-se reflectir sobre as actividades desenvolvidas e as competências especializadas adquiridas, na área dos cuidados do enfermeiro obstetra, bem como nos resultados obtidos a partir da investigação realizada.

A prestação de cuidados de enfermagem especializados num Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia revelou ser uma experiência enriquecedora, devido à diversidade das situações clínicas encontradas, e ainda, às várias oportunidades de aprendizagem proporcionadas. Esta experiência permitiu o desenvolvimento de várias competências e o aperfeiçoamento de outras pré-existentes. Foi necessário desenvolver a capacidade de agilizar conhecimentos teórico-práticos durante a realização de triagens, na avaliação do grau de urgência das situações encontradas, no estabelecimento de prioridades, e na tomada de decisões rápidas e seguras.

Durante o Ensino Clínico foram desenvolvidas competências que permitiram a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente, RN e família durante os quatros estádios do trabalho de parto. Durante o acompanhamento do



mesmo foi feito um maior investimento na aquisição de competências na área da vinculação entre a mãe, RN e pessoas significativas, e ainda, no controlo da dor.

De acordo com Benner (2001), o controlo da dor está integrado nas competências do enfermeiro. Dado a facilidade da implementação de algumas medidas não farmacológicas do alívio da dor, associadas ao bem-estar materno proporcionado pelas mesmas, seria importante observar-se um maior investimento por parte dos enfermeiros, no desenvolvimento de competências nessa área de cuidados.

Os enfermeiros também poderão desempenhar um papel primordial na promoção dos laços afectivos entre o RN e os seus pais, nos momentos a seguir ao parto. Para que tal aconteça, é necessário que se realize uma profunda reflexão sobre a prática dos cuidados na área da vinculação, e se promova a mudança de comportamentos desfavoráveis ao estabelecimento da mesma.

Tendo como objectivo contribuir para o aumento do conhecimento de enfermagem, na área da transição para a parentalidade, incidindo nas intervenções de enfermagem, foi desenvolvida uma investigação nessa área.

A transição para a parentalidade é uma das fases de desenvolvimento mais importantes no ciclo de vida familiar. Este acontecimento é caracterizado por grandes mudanças na vida de um casal que se propagam aos restantes familiares. Este acontecimento é normalmente esperado com muita expectativa e alegria, sendo associado socialmente a um momento de grande felicidade, e cuja imagem os órgãos de comunicação social ajudam a difundir. Após o nascimento do primeiro filho, muitos casais são apanhados de surpresa, ao depararem-se com inúmeras dificuldades para as quais não estavam preparados.

Durante a investigação realizada, pretendeu-se conhecer as intervenções de enfermagem valorizadas pelos pais pela primeira vez, durante o seu processo de transição para a parentalidade. Durante o decurso da mesma, também se procurou identificar as principais dificuldades sentidas pelos pais na interacção e cuidados com o RN, descrever as principais fontes de suporte emocional e instrumental dos pais durante a transição para a parentalidade, e ainda, identificar as necessidades de apoio dos pais após o nascimento do seu primeiro filho.

De forma a obter-se o conhecimento desejado realizou-se uma revisão sistemática da literatura sem metanálise, e um estudo exploratório descritivo

enquadrado no método qualitativo. Dos dados obtidos emergiram três temas: a preparação para a parentalidade; vivência do processo de transição para a parentalidade; e a interação com os enfermeiros, sendo apresentado as considerações conclusivas em seguida:

Relativamente ao tema da **preparação para a parentalidade**, a gravidez emergiu como sendo um período de preparação e de adaptação dos casais para o papel parental. A constatação da gravidez suscitou sentimentos contraditórios, como alegria, felicidade, expectativa, ansiedade, medo e preocupação com a saúde do feto e evolução da gravidez, e ainda, sentimentos de grande responsabilidade. De acordo com Brazelton e Cramer (2004) os pais ao receberem a notícia da gravidez, sabem que entraram numa nova fase das suas vidas, e a alegria e a euforia inicial, dão lugar à consciencialização crescente da responsabilidade futura.

A consciencialização da parentalidade foi sendo realizada de forma gradual, à medida que o feto ia crescendo no útero da mãe, e o casal se preparava para a sua chegada. A percepção dos movimentos do feto e seu nascimento foram considerados como pontos de viragem na consciencialização do papel parental.

Os pais durante a construção do papel parental procuram adquirir informações através da consulta de livros, folhetos, *internet*, e na visualização de programas de televisão e vídeos sobre esta temática. Os familiares, colegas, amigos e profissionais de saúde também contribuíram para a aquisição de informações.

Os pais também frequentaram cursos de preparação para o parto e para a parentalidade, como forma de adquirirem novas competências. Estes foram considerados como uma fonte importante de informação, e uma forma dos casais se familiarizarem com o meio hospitalar e com os profissionais de saúde. O convívio com outros casais com uma experiência semelhante à sua também foi considerado uma vantagem.

Contudo, os cursos de preparação para o parto e para a parentalidade parecem não ser suficientes para promover a adaptação dos pais à nova realidade, e na aquisição de todas as competências necessárias para cuidarem de um RN. Na tentativa de ser explicado este fenómeno foram levantadas algumas hipóteses,

como o facto de estes cursos incidirem mais sobre temáticas relacionadas com a gravidez e parto, e menos sobre a parentalidade. Outra hipótese levantada, foi o facto de os casais não estarem receptivos em receberem esse tipo de informação, no período pré-natal.

Os pais (homens) expressaram ainda o seu descontentamento relativamente aos horários de funcionamento dos cursos (incompatíveis com o horário laboral), e na desadequação dos mesmos, relativamente às suas necessidades e expectativas.

Relativamente ao **tema vivência do processo de transição para a parentalidade**, surgiram vários pontos como as alterações na relação conjugal, diminuição do convívio social, recuperação da imagem corporal, interacção com o RN, necessidades de esclarecimento, principais fontes de suporte emocional e instrumental, dificuldades e necessidades de apoio.

Os casais revelaram que a sua relação conjugal tinha sofrido profundas alterações com a chegada do seu primeiro filho. O tempo que era anteriormente dedicado ao casal passou a ser partilhado com os cuidados prestados ao bebé. Contudo, observou-se uma maior união do casal, traduzindo-se no aumento da cooperação e partilha das tarefas domésticas, e dos cuidados ao bebé. Em alguns casos, observou-se o aumento dos conflitos e do stresse entre o casal. A vida familiar ao ser reestruturada implicou a mudança de hábitos de vida e a abdicação de algumas actividades. Os casais passaram a estar mais tempo em casa e sentiram-se mais isolados.

Da interacção com o RN os pais revelaram um misto de sentimentos como amor, carinho, felicidade, confusão, medo de doença ou perda do bebé, tristeza, e insegurança. Surgiram algumas dificuldades, uma das quais relacionadas com a sua inexperiência e pouca destreza motora, durante a realização de alguns cuidados, outra relacionada com a compreensão do choro do bebé. Os cuidados ao mesmo suscitaram algumas dúvidas, que os pais tentaram ver esclarecidas como na amamentação, cólicas, uso da chupeta, cuidados de higiene e transporte, entre outras.

Para além das dificuldades associadas à interacção com o RN, os pais destacaram a amamentação associada ao aparecimento de complicações, como uma das principais dificuldades encontradas. Associado ao acto de amamentar foram encontradas opiniões contraditórias. Algumas mulheres revelaram não sentir qualquer satisfação na sua realização e consideraram-no como uma fonte de stresse, e outras, sentiram a amamentação como um processo interactivo entre elas e o bebé.

O cansaço resultante das constantes solicitações do bebé, e a sua conciliação com as tarefas domésticas e o auto-cuidado, foi considerado como outra dificuldade sentida pelos casais, principalmente verbalizado pela mulher. As últimas, ainda identificaram o ajustamento a nível físico e emocional característico no pós-parto, como uma limitação para a realização das suas actividades de vida. Surgiu ainda uma preocupação com a alteração da imagem corporal, e a necessidade de voltarem à forma anterior.

Como principais fontes de suporte nesta fase de instabilidade, foram identificados os próprios cônjuges, família, amigos, profissionais de saúde, grupos de preparação para o parto e grupos pós-parto. Sendo dado maior destaque para o apoio dado pelo próprio cônjuge e a avó materna.

Como principais necessidades de suporte identificadas pelos pais nesta fase, surgiu a necessidade de mais informação, relativamente à amamentação e suas dificuldades, cuidados ao bebé e alterações previsíveis na relação conjugal. As mulheres dão ênfase à sua necessidade de suporte a nível emocional no período pós-parto. Os homens por sua vez, evidenciam a falta de atenção que é dado às suas necessidades psicológicas e emocionais, estando os cuidados prestados à família direccionados para a mulher e a criança.

Os pais evidenciaram a necessidade de um maior suporte por parte dos profissionais de saúde no domicílio, nas primeiras semanas após o parto. De forma a colmatarem essa necessidade sugeriram o aumento do número de visitas domiciliárias realizadas, a criação de uma linha telefónica de ajuda, ou um espaço na Maternidade ou no Centro de Saúde onde pudessem esclarecer as suas dúvidas.

Relativamente ao **tema interacção com os enfermeiros**, surgiram as intervenções de enfermagem que foram consideradas relevantes pelos pais

durante a sua transição para a parentalidade e os aspectos negativos identificados na mesma.

Os casais valorizaram o ensino realizado pelos enfermeiros, durante os cursos de preparação para o parto, nomeadamente as informações fornecidas relativamente à fisiologia do parto, técnicas de respiração e cuidados ao RN. Os pais distinguiram o papel dos enfermeiros no ensino/educação sobre as capacidades interactivas do bebé e a forma de estimulação das mesmas.

No período pós-parto, o suporte fornecido a nível educativo, informativo e de apreciação, nomeadamente a nível da amamentação e cuidados ao recém-nascido foi muito apreciado, principalmente quando os homens foram englobados nos mesmos. Os enfermeiros são considerados pelos pais como uma figura de referência e de suporte, em quem podem confiar e recorrer para pedirem conselhos, ajuda nas tomadas de decisão e na confirmação das suas competências parentais, sendo valorizado desta forma, a relação terapêutica estabelecida com este grupo profissional.

O papel do enfermeiro relativamente à vigilância da saúde do bebé, como no rastreio de doenças metabólicas, auditivas, vacinação, também foi considerado importante.

Contudo, foram evidenciados alguns aspectos que não foram apreciados pelos pais, durante a relação estabelecida com os enfermeiros, pelo que deveriam ser melhorados, nomeadamente as informações contraditórias fornecidas, a desvalorização das dificuldades sentidas pelo casal, a demonstração de falta de disponibilidade para esclarecerem as suas dúvidas, a rapidez da demonstração dos cuidados ao RN e orientações pouco esclarecedoras no momento da alta. Os pais verbalizaram ainda que os enfermeiros estavam desatentos às suas necessidades de suporte emocional e de promoção da sua auto-estima.

Apesar das limitações inerentes ao desenho da investigação realizada, os dados obtidos permitiram evidenciar alguns aspectos relacionados com a experiência vivenciada pelos pais (de acordo com o seu ponto de vista), que poderão facilitar a compreensão da mesma. Os mesmos poderão levantar sugestões para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às famílias nesta fase.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição para a parentalidade é uma fase de desenvolvimento, cuja adaptação dos pais à mesma, poderá influenciar a saúde e o bem-estar de toda a família. De acordo com Meleis (2007, 2010) os enfermeiros encontram-se muito próximos das famílias e têm como principal missão acompanhar e ajudar as mesmas durante os processos de transição. De acordo com a mesma autora (2007, 2010) só após a compreensão da experiência das transições (sob a perspectiva de que a vivência) é que os enfermeiros poderão desenvolver terapêuticas de enfermagem a nível da promoção, prevenção e de intervenção ao longo desse processo, de forma a promoverem respostas saudáveis por parte dos mesmos.

Durante a realização desta investigação, esperou-se ter contribuído para uma melhor compreensão da experiência vivenciada pelos pais durante o processo de transição para a parentalidade.

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (2005, p. 135), este profissional deve “... analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudanças de atitude”.

No decurso deste trabalho, foram identificadas intervenções de enfermagem consideradas relevantes para o processo de transição para a parentalidade dos pais, nas quais deve haver um maior investimento. Da mesma forma, também foram identificados aspectos dos cuidados prestados pelos enfermeiros, que devem ser melhorados, e que obrigam a uma mudança de comportamentos. De acordo com Código Deontológico do Enfermeiro (2005, p. 135) “pretende-se, assim, que o enfermeiro caminhe no sentido da excelência, associando a reflexão à prática profissional, reconhecendo a “eventual mudança de atitude”.

A investigação poderá contribuir para a melhoria da prática e na qualidade dos cuidados prestados. Assim, durante a realização deste estudo emergiram alguns aspectos que poderão contribuir para qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente:

- Valorização das necessidades e das expectativas dos pais (homens), durante a prestação de cuidados à família, durante o processo de transição

para a parentalidade, como no exemplo da estruturação dos cursos de preparação para o parto.

- Maior investimento da divulgação de temas relacionados com as alterações da relação conjugal previstas, e as dificuldades associadas à amamentação.
- Maior investimento no suporte emocional proporcionado à puérpera no período pós-parto.
- Proporcionar maior apoio pelos profissionais de enfermagem/saúde no período pós-parto, podendo este ser alcançado através do aumento do número de visitas domiciliárias, criação de grupos de apoio pós-parto, criação de uma linha telefónica de apoio ou de um espaço no Centro de Saúde ou na maternidade para esclarecimento de dúvidas, e distribuição de informação em suporte audiovisual.

Como sugestão para estudos futuros, poderia realizar-se uma investigação sobre as necessidades específicas do pai, durante o seu processo de transição para a parentalidade, bem como as suas implicações para os cuidados de enfermagem prestados ao mesmo.

## **BIBLIOGRAFIA**



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS (2009) – **Iniciativa Parto Normal, documento de Consenso**. Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 978-972-8930-49-3.

BAYLE, Filomena (2005) – A parentalidade. **In: LEAL, Isabel – Psicologia da gravidez e da parentalidade**. Lisboa: Fim de Século, 2005. ISBN 972-754-235-2. p. 317-343.

BRANDÃO, Sónia Maria Pereira de Azevedo (2009) – **Envolvimento Emocional do Pai com o Bebé: impacto da Experiência de Parto**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

BRAZELTON, T. Berry; CRAMER, Bertrand G. – **A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce**. Lisboa: Terramar, Editores, Distribuidores e livreiros, 2004. ISBN 972-710-083-X.

BENNER, Patrícia (2001) – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972- 8535-97-X.

BENNER, Patrícia; WRUBEL, Judith (1989) – **The Primacy of Caring, Stress and Coping in Health and illness**. California : Addison-Wesley Publishing Company.

BOWLBY, JOHN (1990) – **Apego e Perda- Volume I**. 2ªed. São Paulo: Martins Fontes Editora.

CANAVARRO, Maria Cristina (2001) – **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-77-5

CANAVARRO, Maria Cristina, PEDROSA, Anabela Araújo (2005) – Transição para a Parentalidade Compreensão Segundo Diferentes Perspectivas Teóricas. **In: LEAL, Isabel – Psicologia da gravidez e da parentalidade**. Lisboa: Fim de Século, 2005. ISBN 972-754-235-2. p.225-251.

DEAVE, Toity; JOHNSON; Debbie (2008) – The transition to parenthood: what does it mean for fathers?. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford. ISSN 03092402. Vol. 63, N.º 6 (Sep.2008). p. 626-633.

DEAVE, Toity; JOHNSON; Debbie, INGRAM, Jenny (2008) – Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. **BMC Pregnancy and Childbirth**. Bristol. ISSN 2393-8-30. Vol.8, N.º1 (July 2008). p. 626 – 633.

DESPACHO N.º 18 458/2066. **Diário Da República**. 2ª Série (12/9/ 2006) 18611-18612.

FIGUEIREDO, Bárbara (2003) – Vinculação materna: contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. **Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud/ International journal of Clinical and Health Psychology**. Granada, ISSN 1576-7329. Vol.3, N.º 3. p. 521-539.

FIGUEIREDO, Bárbara (2005) – Bonding pais-bebé. **IN: LEAL, Isabel – Psicologia da gravidez e da parentalidade**. Lisboa: Fim de Século. ISBN 972-754-235-2. p. 287-307.

FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – **O processo de investigação: da concepção à realização**. 5ª ed. Camarate: Lusociência. ISBN 978-972-8383-10-7.

FORTIN, Marie-Fabienne; VISSANDJÉE, Bilkis; CÔTÉ, José (2009): – Escolher um problema de investigação. **IN: FORTIN, Marie-Fabienne - O processo de investigação: da concepção à realização**. 5ª ed. Camarate: Lusociência. ISBN 978-972-8383-10-7. p. 47-60.

GAYESKI, Michele Ediane; BRUGGEMANN, Odalea Maria (2009) – Puerperal women's perceptions on vertical and horizontal deliveries. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Santa Catarina. ISSN 01041169. Vol. 17 (Março/Abril de 2009). 153-159.

GOMES, Cristina Filipa Pinheiro (2008) – **Contacto com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência: Satisfação do utente**. Ponte de Lima: Universidade Fernando Pessoa. Monografia de obtenção do Grau de Licenciatura em Enfermagem.

GOMEZ, Rita M. (2005) – O pai paternidade em transição. **In: LEAL, Isabel – Psicologia da gravidez e da parentalidade**. Lisboa: Fim de Século, 2005. ISBN 972-754-235-2. p. 225-251.

JOHANSSON, K; AATS, C; DARJ, E (2010) – First-time parent`s experiences of home-based postnatal care in Sweden. **Upsala Journal of Medical Sciences**. Upasala. Vol. 115, n.º2 (May.2010). p. 131-137.

KENNEL, John; MCGRATH (2005) – Starting the processo f mother-infant bonding. **Acta Paediatrica**. Cleveland. ISSN 0803-5253. Vol. 94, n.º 5 (Maio de 2005). p .775-778.

KORDISH, Annette M. Lynch Roberta A.; WILLIAMS, Lenore T.(2003) – Enfermagem Materno-infantil: Cuidados no Domicílio no Pós-parto. **IN: RICE, ROBYN – Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários, Conceitos e aplicação**. 3ªed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-46-0. p. 411-432.

LEAL, Isabel (2005) – **Psicologia da gravidez e da parentalidade**. Lisboa: Fim de Século. ISBN 972-754-235-2.

LEITE, Lúcia (2006) – **O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento Profissional** [em linha] Web. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 12/6/2011. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICongComLL.pdf>

LIVINGSTON, Connie (2005) – **Birth Ball Source Book**. 2ª ed. Ohio: Nuova Vita.

LOWDERMILK, Deitra, PERRY, Shannon (2008) – **Enfermagem na maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.

MELEIS, Afaf Ibrahim, DEAN, Margaret Bond Simon (2007) – **Theoretical Nursing Development and Progress**. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-0-7817-3673-2.

MELEIS, Afaf Ibrahim (2010) – **Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

MELEIS, Afaf Ibrahim, TRANGENSTEIN, Patricia A. (2010) – A transitions: a Central Concept in Nursing. **In: MELEIS, Afaf Ibrahim – Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6. p. 65-73.

MELEIS, Afaf Ibrahim, SCHUMACHER, Karen L. (2010) – A transitions: a Central Concept in Nursing. In: MELEIS, Afaf Ibrahim – **Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6. pp.38 -51.

MENDES, Isabel Margarida Marques Monteiro Dias (2007) – **Ajustamento Materno e Paterno: Experiências vivenciadas pelos pais no Pós-parto**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Dissertação de Doutoramento.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos** [em linha]. Acedido em 12/07/2011. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista** [em linha]. Lisboa. Acedido em: 12/06/2011. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia** [em linha]. Lisboa. Acedido em 12/06/2011. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf).

PEREIRA, Patrícia (2007) – Pensar os casais depois de serem pais. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 11, n.º1 (1º semestre de 2007). p. 65-68.

PEREIRA, Patrícia (2009) – **Frutos do amor quando dois passam a três**. Lisboa: Coisas de Ler. ISBN 978-989-8218-20-9.

PHANEUF, Margot (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-84-3.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde/divisão de Prevenção e Controlo da Doença (2008) – **Programa Nacional de Controlo da Dor** [em linha]. Circular Normativa n.º 11/DSCS/DPCD de 18/06/08. Acedido em: 9/05/2011.

Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas – **A dor com 5º sinal vital. Registo Sistemático da intensidade da Dor** [em linha]. Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003. Acedido a 9 /05/2011.

Disponível em: <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>.

RAMALHO, Anabela (2005) – **Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise – estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem**. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-54-9.

RAPUZEL, C. (2011) – Stressful events, social support and coping strategies of primiparous woman during the postpartum period: a qualitative study. **Widwifery**. Geneva. ISSN 1532-3099. Vol. 27. N.º2. (Abril 2011). p. 237-242.

RELVAS, Ana Paula, LOURENÇO, Madalena de Carvalho (2001) – Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade. Perspectiva sistemática. In: CANAVARRO, Maria Cristina – **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-77-5. p.105 -131.

REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS (REPE) (2005). IN: ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2. p. 379-387.

RICE, ROBYN (2003) – **Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários, Conceitos e aplicação**. 3ªed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-46-0.

ROCHA, Ana Patrícia; FARIA, Sara; FÉLIX, Teresa (2007) – Que cuidado de enfermagem na vivência do casal na sua transição para a parentalidade. **IN:** Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. - **Aprendendo o cuidado de enfermagem entre a prática e a escrita a construção da competência clínica.** Av. Do Brazil: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende, 2007. ISBN 978-972-99657-1-5. p. 29-49.

ROCHA, Ana (2010) – Cuidados no alívio da dor: perspectiva da parturiente. **Revista Millenium.** Viseu. ISSN 1647-662x. N.º38 (Junho de 2010). p. 299-309.

SANTOS, Maria João Seabra (2001) – Conhecer as competências do recém-nascido. **IN:** CANAVARRO, Maria Cristina – **Psicologia da Gravidez e da Maternidade.** Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-77-5. p.133-160.

SILVA, Ana Cristina Figueiredo Correia (2006) – **Cuidar do Recém-Nascido – O Enfermeiro como promotor de competências parentais.** Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa. Dissertação de Mestrado.

SOARES, Hélia Maria (2008) – **O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem.** Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

SOARES, Hélia (2011) – **A criança e os afectos** [em linha] Web. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 1/9/2011. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/A\\_CRIAN%C3%87AEOSAFFECTOS.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/A_CRIAN%C3%87AEOSAFFECTOS.aspx).

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (1999) – **Enfermagem Comunitária, Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos.** 4ª ed. Lusodidacta ISBN: 9789728383053.

STREUBERT, Helen J., CARPENTER, Dona R. (2002) – **Investigação Qualitativa em Enfermagem.** 2ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-29-0.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile(2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem).** 5ªed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.

VALA, Jorge (2001) – A análise de conteúdo. **IN:**SILVA, Augusto Santos, PINTO, José Madureira. 11ª ed. Porto: Edições Afrontamento. ISBN 972-36-0503-1. p.110-127.

VIEIRA, Ana Rita [*et al*] (2008) – Necessidades de aprendizagem dos pais para a parentalidade: Uma revisão da literatura. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2379. Vol. 56, nº 3-4 (Maio-Agosto 2008). p. 146-153.

VIVANCOS, Raquel Bosquim [*et al*] (2010) – O contacto pele a pele ao nascimento e o choro de recém-nascidos durante a vacinação contra Hepatite B. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo. ISSN 0103 - 2100. Vol. 23, N.º4 (2010). 461 - 465.





## **ANEXO I**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM**



## **TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM**

Concordo com a visita domiciliária a ser realizada pelo(a) Senhor(a) Enfermeiro(a)....., estudante do 5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia/1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, eventualmente com a colaboração do Centro de Saúde local, com o objectivo de me serem prestados cuidados de enfermagem ou ao meu filho, livres de quaisquer encargos.

Declaro também que me foram fornecidas todas as informações pelo(a) Senhor(a) Enfermeiro(a) acima mencionado, bem como sobre os meus direitos, nomeadamente:

I – Ter acesso aos melhores cuidados disponíveis, de acordo com as minhas necessidades;

II – Ser tratado(a) com humanidade e respeito, tendo os cuidados a prestar o único objectivo de melhorar as minhas condições de saúde;

III –Ter garantido o sigilo das informações que me digam respeito;

IV – Receber todas as informações disponíveis sobre a minha situação de saúde e sobre os cuidados prestados;

V –Todas as alíneas anteriores aplicam-se de igual modo às informações, necessidades e cuidados respeitantes a qualquer outro membro do meu agregado familiar, em especial ao meu filho recém-nascido.

Lisboa,                      de                      de

---

Assinatura da utente (puérpera)

Endereço:.....

**ANEXO I I**

**AVALIAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO**



**APÊNDICE I**

**NOTAS DE CAMPO**

Esta observação foi realizada no domicílio do casal, onze dias após o nascimento da sua primeira filha. Ao chegar a sua casa fui recebida à porta por ambos os progenitores. A casa apresentava boas condições físicas e tinha sido preparada para receber a bebé, observando-se nas várias divisões objectos necessários para os cuidados à mesma, e para lhe proporcionarem conforto e bem-estar, como o ovo de transporte, fraldário, carrinho de transporte, brinquedos, entre outros.

O casal apressa-se a mostrar-me a bebé, que dormia num berço na sala, olhando-a com carinho e orgulho. Ao questioná-los como se estavam a sentir como pais, a puérpera refere que “...estamos ambos muito felizes por termos sido pais”. A mesma acrescentou que a bebé era muito calma e que dormia quase toda a noite, só acordando para mamar. Nos últimos dias, a bebé tinha estado mais inquieta com cólicas.

A puérpera referiu que os primeiros dias em casa tinham corrido muito bem, sem grandes dificuldades. Esta expressa que em casa tem conseguido descansar mais do que quando estava no hospital. A puérpera diz que “...no hospital tive muita dificuldade em dormir devido ao choro dos outros bebés que estavam no meu quarto, e depois acordava várias vezes durante a noite para dar de mamar ...”.

Em casa os cuidados ao bebé têm sido partilhados com o marido, e foi este que desinfectou o cordão umbilical até este ter caído. As tarefas domésticas, como o passar a ferro têm sido realizadas pela sua avó de setenta anos, que ainda tem muita agilidade. Durante a visita domiciliária, esta familiar chegou para ajudar o casal, acabando por conhecer a mesma.

Em relação aos cuidados ao bebé, o casal estava muito confiante, referindo que a puérpera tinha aprendido a dar o banho no hospital. A puérpera expressou que “...foi muito importante ver a enfermeira a dar o primeiro banho à bebé e ouvir a sua explicação”. O banho em casa era geralmente dado à noite pela puérpera, mas tendo o apoio do marido. Após o mesmo, seguia-se uma secção de massagem ao RN, uma vez que puérpera tem o curso de massagem infantil.

Durante a visita a bebé acordou para mamar. O casal referiu que actualmente não tinham dificuldades com a amamentação, mas que as primeiras vezes no hospital tinham sido complicadas. A mãe verbalizou “... nas primeiras vezes a bebé não queria

agarrar a mama, fiquei muito nervosa, mas lá veio a enfermeira que me ajudou, até ter apanhado o jeito, e agora mama muito bem...”.

Durante o tempo em que decorreu a mamada, a puérpera contou-nos um episódio que ocorreu na maternidade, que a tinha marcado e que a tinha deixado muito assustada. A sua bebé, no primeiro dia de vida, estava com muitas secreções, apresentando uma respiração ruidosa e alguma dificuldade em fazê-lo, sendo necessário a enfermeira levá-la para ser aspirada. Esta verbalizou “... agora estou constantemente a verificar a respiração da bebé, quando esta faz uma respiração mais ruidosa e profunda, tenho medo que aconteça o mesmo ...”.

A puérpera verbalizou que na primeira noite em casa, teve receio de dormir no quarto completamente às escuras, como é hábito do casal, porque não conseguia ver a bebé, referindo que “ ... no hospital era mais fácil, havia sempre luzes e as enfermeiras andavam sempre por perto, cá em casa no quarto às escuras era difícil de ver se estava tudo bem com ela”.

A puérpera foi submetida a uma cesariana e encontrava-se preocupada com a sua recuperação física. A sua sutura apresentava alguns pontos ruborizados, tendo tido indicação médica para realizar desinfeção diária. Como tinha alguma dificuldade em visualizar a mesma, era o seu marido que realizava esta tarefa. Esta também manifestou interesse em retomar a sua actividade física, referindo que “ ... assim que puder vou voltar a fazer ginástica no ginásio para recuperar a minha antiga forma...”.

Durante o diálogo que foi realizado com o casal, estes verbalizaram que gostavam muito de viajar pelo país, e que gostariam de continuar a fazê-lo com a bebé. O companheiro expressa que “... este ano, estamos a pensar acampar aqui perto, temos uma *roulotte* toda equipada, e já perguntámos a opinião da pediatra em relação a isto ...”. O companheiro diz sentir muitas saudades de sair e que tem muita dificuldade em ficar tantas horas em casa, dizendo que “ ... às vezes preciso de sair por uns minutos, nem que seja para ir tomar um café à pastelaria mais próxima de casa e depois voltar”.

Apesar estes aspectos, o casal verbalizou “... não temos tido grandes dificuldades, a gravidez foi bem planeada e estávamos preparados para algumas mudanças cá em casa...”. O casal verbalizou ainda que eram muito independentes relativamente aos

seus familiares, “ ...claro que queremos partilhar a nossa alegria com a família, mas queremos educar sozinhos a nossa filha ...”.

O casal durante a visita demonstrou dúvidas relativamente a vários aspectos relacionados com os cuidados ao bebé, nomeadamente sobre a amamentação, questionando sobre o horário das mamadas, que tipo de alimentos deveriam evitar enquanto a puérpera estivesse a amamentar, o que poderiam fazer para evitar o aparecimento das cólicas, e se era aconselhável uso da chucha.

Também demonstraram dúvidas em relação ao transporte do RN. A puérpera referiu fazer-lhe confusão transportar a bebé no ovo, preferindo fazê-lo numa “alcofa moderna”. O casal procurou saber a minha opinião em relação a estas temáticas e a minha confirmação para saberem se estavam a fazer tudo correctamente.

Quando o casal foi abordado em relação às intervenções de enfermagem que foram importantes para a sua adaptação, estes referiram que só tinham tido contacto com enfermeiros durante o seu internamento no hospital. Tinham vigiado a gravidez no médico particular, sem apoio dos enfermeiros. Actualmente a bebé era vigiada por uma pediatra particular, e nunca tinham tido a necessidade de se deslocarem ao Centro de Saúde para procurarem cuidados. A puérpera referiu que “... no hospital foi importante quando a enfermeira me ajudou a por a bebé à mama, e quando me ensinou a dar o banho e a cuidar do cordão, também quando me ajudaram com a respiração da bebé e me disseram que estava tudo bem com ela”.

O casal revelou sentir-se muito apoiado com o facto de terem o número de telefone da pediatra, e desta se mostrar disponível para retirar as suas dúvidas em qualquer altura do dia. Também sabiam que poderiam telefonar para a linha de saúde 24 em caso de necessidade.



Esta observação ocorreu no domicílio do casal, dez dias após o nascimento do bebé. Quando cheguei encontravam-se no local a puérpera, o seu companheiro e a sua mãe, que tinha vindo de Viseu uns dias para a ajudar.

A casa era humilde, mas podia observar-se que tinham feito algumas alterações para receber o bebé. Não havia muitos brinquedos, e o bebé não tinha um quarto só para ele. Contudo, o berço que se encontrava no quarto dos pais estava arranjado com muito cuidado. O bebé abriu os olhos para me dar as boas vindas e chorou porque estava na hora da mamada.

O marido permaneceu alguns minutos connosco e depois disse que se ia embora, para conversarmos mais à vontade. A mãe da puérpera esteve sempre connosco. A puérpera referiu que se encontrava muito triste porque o bebé tinha perdido 220 gr desde que tinha nascido. A puérpera verbalizou "... estou com muito medo que o meu leite seja fraco e que o bebé fique com fome...". Contudo tinha ido ao Centro de Saúde no dia anterior, e tinham-lhe dado indicação para complementar a mamada com leite de fórmula, o que a deixou mais tranquila. A puérpera também me referiu que tinha dores ao amamentar o bebé na mama direita, mostrando-me as fissuras no mesmo. Em relação a este aspecto a puérpera referiu que "... as enfermeiras no centro de saúde disseram para colocar o leite à volta da mama, e estou a colocar esta pomada de lanolina para ajudar ...".

Enquanto estava a amamentar a puérpera ia falando comigo e com a mãe, parando de vez em quando para olhar para o bebé com ternura, e para falar com ele, incentivando-o a continuar a mamar. Questionou-me sobre os alimentos que deveria evitar enquanto estivesse a amamentar.

A avó e a mãe do bebé referiram que por vezes, o bebé parecia que queria comunicar com elas, "... ele faz caras que parece que já quer falar, e parece que se vai rir, é muito engraçado...".

O marido voltou a entrar no quarto onde estávamos e pediu-me se podia observar o cordão umbilical do bebé, "... isto faz-me impressão, as enfermeiras do Centro de Saúde disseram que estava tudo bem, mas veja lá para eu ficar mais descansado".

A puérpera referiu que o bebé tinha períodos de cólicas mas que sabia fazer as massagens ao bebé, “ ...as enfermeiras do hospital e do centro de saúde ensinaram-me a fazer as massagens...”.

A principal dificuldade verbalizada pelo casal estava relacionada com o choro do bebé. A puérpera afirmou “ ... sinto-me afligida por ele chorar e não saber porquê ... ”, por sua vez, o marido verbalizou “... o bebé chora muitas vezes durante a noite, e acorda-me, ainda não estou habituado a isto...”.

Relativamente ao tipo de apoio que tinha em casa, esta referiu que a mãe tratava de algumas tarefas domésticas e que a ajudava a cuidar do bebé. A cunhada também morava perto e já tinha 2 filhos, quando tinha dúvidas ou precisava, a cunhada também a ajudava. O marido preparava as coisas para o banho, mas não era capaz de o fazer, “... o cordão faz-me muita confusão .... ”.

Quando foi perguntado ao casal, em que é que os enfermeiros tinham feito de importante para os ajudar nesta fase, a puérpera mencionou que “... os enfermeiros nas consultas antes do parto e no hospital ensinaram-me a dar banho ao bebé, como fazer com as mamas (...) e como se deviam dar as massagens na barriga do bebé quanto está com cólicas ...”. Referiu que no puerpério tentava não chamar muitas vezes as enfermeiras porque a campainha tocava muito alto e ela não queria incomodar, “... mas elas ajudaram-me muito a por o bebé à mama...”.

A avó esteve constantemente a elogiar a filha, referindo que era uma ótima mãe, que mantinha o bebé sempre muito limpo, que tinha muito jeito para cuidar do bebé. Por fim saí e o casal e a avó do bebé acompanharam-me até à porta.

Esta observação foi realizada no domicílio do casal, 25 dias após o nascimento do bebé. Em casa encontravam-se ambos os pais e a avó materna que tinha vindo visitar a bebé. Esta encontrava-se a dormir no quarto dos pais.

Nas várias divisões da casa podiam observar-se vários objectos pertencentes à bebé. A mãe encontrava-se com um ar abatido. Ao falar com a mesma, a puérpera verbalizou que estava muito cansada, “ ... a bebé acorda várias vezes durante a noite, e também chora muitas vezes durante o dia, tenho pouco tempo para descansar ...”.

A puérpera referiu-se à bebé como sendo uma criança difícil, dando muito trabalho para adormecer e para ser alimentada. A mãe verbalizou que nunca tinha conseguido alimentar a bebé exclusivamente com o leite materno, acabando por desistir de a amamentar alguns dias após ter chegado a casa. Ao abordar este assunto a puérpera mostra sinais de tristeza e verbalizou “ ... foi uma decisão difícil de tomar, e por vezes penso, que talvez não tenha sido uma boa opção, mas não conseguia que ela pegasse na mama e desisti ...”. Em relação ao sono, o casal refere que só conseguem adormecer a bebé andando com ela ao colo de um lado para o outro.

O casal não tem tido muito apoio dos familiares, sendo esporadicamente ajudados pelos avós paternos. Apenas podem contar com o apoio um do outro. O casal refere que têm partilhado os cuidados à bebé.

O casal referiu que tinham o desejo de terem filhos quando se juntaram, e que tinham planeado a gravidez após a vida profissional ter estabilizado. Quando souberam na notícia toda a família ficou feliz, e a puérpera verbalizou “ ... quando soube que estava grávida fiquei muito alegre, mas tive uma sensação de grande responsabilidade e uma grande preocupação em saber se estava tudo bem ...”.

O casal verbalizou ter começado a preparar-se para a gravidez, através da pesquisa de assuntos relacionados com a gravidez e com o bebé na internet. A gravidez foi seguida no centro de saúde, onde a enfermeira lhes explicava o que iria acontecer nos meses seguintes, e dava panfletos sobre esse assunto. A puérpera referiu que “... eu achava que estava preparada para ser mãe, mas afinal não estava, eu sabia que a vida ia mudar, mas não pensei que fosse tanto...”.

Quando a bebé nasceu a mãe referiu ter sentido “...um amor incondicional, mas também uma preocupação constante com o seu bem-estar, ela mudou as prioridades da nossa vida, vivemos em função dela, deixei de ter descanso físico e mental ...”.

O casal também referiu que a sua relação mudou, que já não tinham tempo para namorar, “...estamos muito cansados, deixámos de ter tempo para nós, o nosso tempo é totalmente dedicado a ela, e quando temos tempo para nós só queremos descansar...”.

Na maternidade, o casal achou que as enfermeiras estavam mais preocupadas em desempenhar as suas funções a nível técnico, desvalorizando a componente psicológica, descrevendo que “ ...depois do parto estamos muito debilitadas a nível físico e psicológico, e elas estão mais interessadas em mudar o penso, algumas não falavam comigo, eu às vezes queria ouvir uma palavra de carinho e ter um bocadinho da sua atenção, o sorriso e uma palavra amiga é importante, mas nem todas eram assim, recordo-me de duas com muito carinho, ...”.

Este casal valorizou os ensinamentos que foram realizados na maternidade relativamente aos cuidados ao bebé, referindo-se aos mesmos “... elas ensinaram a dar o banho, com uma destreza, pegam nos bebés com uma facilidade e confiança que tranquilizam os pais, elas passam muita confiança aos pais...”.

Por fim a visita terminou e o casal e a avó da bebé acompanharam-me até à porta.

.

Esta observação teve lugar no domicílio do casal, oito dias após o nascimento do bebé. Durante a visita domiciliária realizada, encontravam-se presentes o casal e os pais da puérpera, uma vez, que o casal ainda vive com eles.

À chegada mostraram-me o bebé, que se encontrava a dormir no carrinho na sala, onde estava reunida toda a família.

Após questionar o casal sobre os seus sentimentos relativamente ao facto de serem pais, a puérpera verbalizou “ ... estou muito feliz, adoro ser mãe, e o meu marido também está muito feliz ...”. Contudo, a puérpera referiu que estava muito preocupada com o bebé, porque tinha ido ao centro de saúde e tinha perdido peso, “ ...estou muito preocupada porque o bebé perdeu peso, eu acho que o bebé mama pouco de cada vez, mas ele adormece à mama... daqui a uma semana volto lá outra vez para pesarem o bebé ...”.

A puérpera referiu que desde que tinha saído da maternidade tinha saído pouco de casa, passando a maior parte do tempo a cuidar do mesmo. Desejava sair com o marido e com o filho, “ ... mas tenho medo que faça mal ao bebé, ele ainda é muito pequeno, e ainda está muito calor...”. Os cuidados prestados ao bebé eram realizados por ela, “ ... mas o pai ajuda a preparar o banho e a mudar as fraldas”. A sua mãe ajuda-a, ao assumir a maior parte das tarefas domésticas.

Entretanto, o bebé começa a chorar e a puérpera leva-o para o quarto para o amamentar e pede-me para a acompanhar. Ao colocar o bebé à mama, questiona-me se o está a fazer correctamente, procurando uma confirmação da sua competência.

Ao falarmos sobre a sua experiência da transição para a parentalidade, esta referiu que ela e o marido tinham planeado a gravidez, “ ...queríamos ser pais, e poucos meses depois de casarmos, deixei de tomar a pílula, não demorei muito a engravidar ... “. Esta refere que foi um momento de muita alegria familiar quando a gravidez se confirmou. Depois “... comecei a ler livros sobre bebés e a falar com outras amigas que já tinham sido mães ...”.

A sua gravidez foi seguida no centro de saúde da área de residência. A puérpera não valorizou o trabalho desenvolvido nas consultas pré-natal realizadas no centro de

saúde, verbalizando “... nada do que me disseram nessas consultas me ajudou, nem durante o parto nem depois do bebê nascer ...”. Contudo, quando se refere ao tempo que esteve na maternidade, valorizou o trabalho realizado pelas enfermeiras, referindo-se ao mesmo como “ ... foi importante quando as enfermeiras deram o banho ao bebê e me explicaram como fazê-lo, também gostei de ser ajudada nas primeiras vezes que coloquei o bebê à mama, não sabia como fazê-lo e elas ajudaram-me...”.

A puérpera também se mostrou preocupada com a sua recuperação física, tendo referido que quando o bebê crescesse mais um pouco, iria regressar ao ginásio para perder os quilos que tinha aumentado durante a gravidez.

Uma das dificuldades verbalizadas pelo casal foi sobre o significado do choro do bebê, tendo a puérpera referido que “ ... ele muitas vezes chora e nós não sabemos porquê, vemos se a fralda está suja, damos de mamar, às vezes são cólicas, ...”. O pai do bebê está de férias mas na brincadeira verbalizou que “... quando eu for trabalhar, vou dormir para a sala, tenho que descansar para o dia seguinte ...”.

À saída o casal acompanhou-me à porta e que estariam sempre disponíveis cada vez que eu quisesse visitar o bebê.